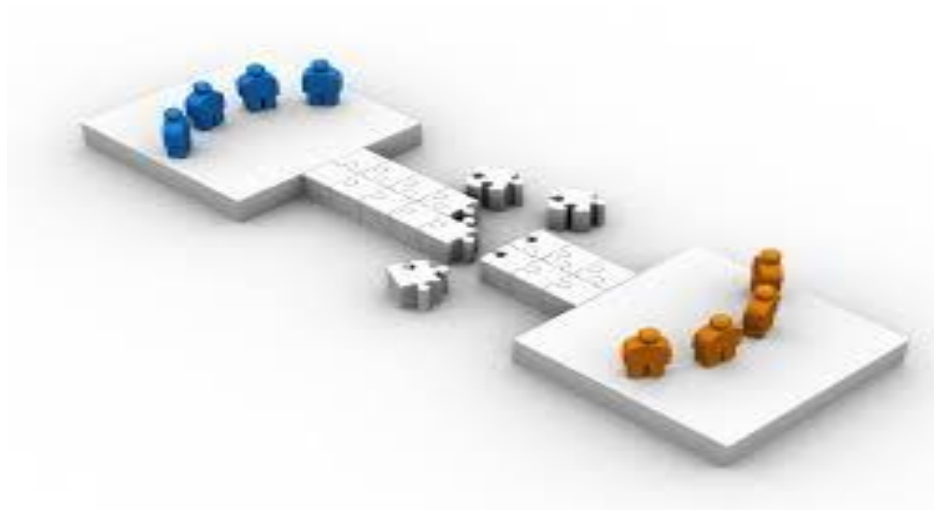


**Erasmus
University
Rotterdam**



Presteren ziekenhuizen beter na een fusie?

Erasmus Universiteit Rotterdam
Master Bestuurskunde



Student: Iris Westerveld

Studentnummer: 485239

Begeleider: Dr. Ingmar van Meerkerk

Tweede lezer: Dr. Frans-Bauke van der Meer

Datum: maart 2020

Voorwoord

Deze scriptie markeert het eindpunt van mijn studie Bestuurskunde aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam en in dit voorwoord wil ik graag een aantal mensen bedanken.

Dr. Ingmar van Meerkerk voor zijn begeleiding en constructieve feedback tijdens het schrijfproces. Hij heeft mij geholpen steeds kritisch naar mijn werk te blijven kijken en zonder deze hulp was ik nooit tot dit eindresultaat gekomen.

De respondenten voor de tijd die zij hebben willen vrijmaken voor een interview en het enthousiasme waarmee ze mij hebben ontvangen in hun organisaties.

Een speciale plaats verdient Remco Dorgelo. Zonder zijn vertrouwen was ik nooit aan de studie begonnen en had ik hem zeker niet af kunnen maken. Dank voor je morele steun en alle momenten waarop je er bent voor mij.

Haarlem, 5 maart 2020

Iris Westerveld

Inhoudsopgave

1. Introductie

- 1.1 aanleiding
- 1.2 probleemstelling en deelvragen
- 1.3 maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie
- 1.4 leeswijzer

2. Theorie

- 2.1 Inleiding
- 2.2 Prestaties van organisaties
- 2.3 Fusies
- 2.4 Schaalvergroting en marktmacht
- 2.5 De integratie
- 2.6 Succesfactoren van de integratie
- 2.7 Conceptueel model en verwachtingen

3. Onderzoeksdesign

- 3.1 Operationalisering
- 3.2 Strategie & methoden
- 3.3 Kwaliteitsindicatoren

4. Empirie

- 4.1 presentatie van de resultaten
- 4.2 resultaten kwantitatieve data-verzameling
- 4.3 resultaten kwalitatieve data-verzameling

5. Integrale analyse en bespreking verwachtingen

- 5.1 Presentatie integrale analyse
- 5.2 Bespreking verwachtingen

6. Conclusies, aanbevelingen en discussie

- 6.1 Context onderzoek
- 6.2 Conclusies
- 6.3 Aanbevelingen
- 6.4 Discussie

1. Introductie

1.1 aanleiding

Onder de mogelijke druk van het ontwikkelen van marktmacht zet de schaalvergroting van ziekenhuizen zich door in Nederland (Blank, 2013; NRC, 21-01-2013).

Fusies van ziekenhuizen worden vaak gemotiveerd vanuit kwaliteits- en efficiëntievoordelen. Een gefuseerd ziekenhuis zou beter in staat moeten zijn om specifieke zorg efficiënter en op grotere schaal te organiseren.

In januari 2018 besprak de vaste commissie voor VWS de effecten van zorgfusies. Waar er de laatste jaren opvallend veel onderzoek is verricht naar verschillende kwaliteitsaspecten van gefuseerde ziekenhuizen, wordt door de commissie gesteld dat er relatief weinig onderzoek gedaan is naar de effecten van ziekenhuisfusies op de toegankelijkheid en de wachttijden van ziekenhuiszorg als indicator voor de efficiëntie van een organisatie (Talma Instituut, 2018). Kortere wachttijden zijn een uiting van efficiënt werken omdat dit betekent dat de interne organisatie goed op orde is en er, mogelijk met minder middelen, eenzelfde aantal patiënten geholpen kan worden.

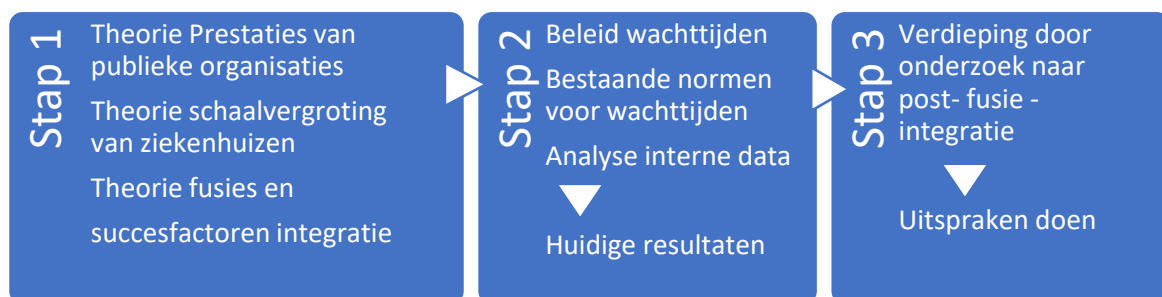
In dit onderzoek wordt gezocht naar het antwoord op de vraag of gefuseerde ziekenhuizen inderdaad beter presteren en wordt beoordeeld of er onderlinge verschillen bestaan tussen gefuseerde organisaties. De onderzoeker wil zich hierbij graag richten op het succes van de integratie en de factoren die hierop van invloed zijn. Omdat niet alle prestaties- in de zin van efficiëntie en effectiviteit- van gefuseerde organisaties in de volle breedte kon worden onderzocht, heeft de onderzoeker zich beperkt tot een analyse van o.a. wacht- en toegangstijden, snelheid van het zorgproces, middelen inzet en aantallen patiënten.

Omdat het doormaken van een fusie een grote organisatieverandering voor medewerkers betekent (Boonstra, 2010), verwacht de onderzoeker dat dit proces niet in alle ziekenhuizen gelijk zal verlopen, en van invloed is op de wijze waarop een gefuseerde organisatie kan presteren. Het is daarom interessant te onderzoeken of de wijze waarop gefuseerde ziekenhuizen presteren, kan worden verklaard door de aan-of afwezigheid van bepaalde

succesfactoren en daar zal dit onderzoek zich op richten. Concreet betekent dit dat er binnen ziekenhuizen in Nederland wordt onderzocht welke invloed de post-fusie-integratie heeft op de prestaties van ziekenhuizen.

Om dit mogelijk te maken worden voor deze studie kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksstrategieën ingezet en is onderstaand onderzoeksmodel opgesteld.

In het onderzoeksmodel wordt weergegeven welke stappen de onderzoeker zal nemen. Bij stap 1 worden verschillende theorieën met betrekking tot schaalvergroting en prestaties van organisaties bestudeerd in de wetenschappelijke literatuur. Daarna volgt bij stap 2 de bestudering van (financiële) data en bestaand beleid over wachttijden van medisch specialistische zorg in Nederland inclusief de normen die hiervoor gelden. Deze normen worden getoetst aan de huidige wachttijden van gefuseerde ziekenhuizen, waarna er bij stap 3 een vergelijking tussen de gefuseerde ziekenhuizen wordt gemaakt. Hierna volgen de interviews die betrekking hebben op het fusieproces als organisatieverandering, en daarna verwacht de onderzoeker uitspraken te kunnen doen over de mogelijke invloed van de integratie op prestaties van ziekenhuizen waar het de efficiëntie en effectiviteit betreft.



Figuur 1: Onderzoeksmodel

1.2 probleemstelling en deelvragen

In de wetenschappelijke literatuur over fusies die door de onderzoeker is bestudeerd, werd een drietal kernbegrippen gevonden die voor dit onderzoek zeer relevant bleken. Het eerste begrip is *combinatiepotentieel* wat zoveel betekent als een set indicatoren waarop organisaties in de pre-fusiefase beoordeeld kunnen worden, om een uitspraak te kunnen doen of zij uiteindelijk 'goed bij elkaar passen'. Het tweede begrip is *het management van de organisatorische integratie*. De wijze waarop de integratie door het (hoger) management

wordt begeleid, blijkt van invloed op de wijze waarop medewerkers zich betrokken en gehoord voelen, en daarmee kan het derde kernbegrip *de veranderbereidheid* van die medewerkers worden beïnvloed. Het positief beïnvloeden van de veranderbereidheid zorgt voor minder weerstand, en omdat een fusie een grote organisatorische verandering betreft, waarvan veel onderzoekers hebben benadrukt dat de mislukningspercentages van veranderingsinspanningen te wijten zijn aan de weerstand die medewerkers vertonen (Dorling, 2017), is dit een factor die van grote invloed kan zijn.

Bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur met betrekking tot de zojuist omschreven kernbegrippen, *combinatiepotentieel*, *management van de organisatorische integratie*, en *veranderbereidheid*, zullen middels empirisch onderzoek nader worden onderzocht door te kijken in welke mate deze terug te vinden zijn bij de case-organisaties in Nederland. Om dit te kunnen onderzoeken zijn de volgende doel- en vraagstelling geformuleerd:

Doelstelling

Doel van het onderzoek is te bepalen welke verschillen er bestaan tussen de prestaties van Nederlandse ziekenhuizen na een fusie, en of er een verband is tussen de efficiëntie en effectiviteit van een gefuseerd ziekenhuis en de wijze waarop het post-fusie-integratieproces is verlopen, door na te gaan wat er binnen de wetenschappelijke literatuur bekend is over schaalvergroting, integratie en prestaties van organisaties, en het uitvoeren van verklarend empirisch onderzoek naar de integratie en prestaties van gefuseerde ziekenhuizen. Met de uitkomsten kan een uitspraak worden gedaan welk effect het post-fusie integratieproces heeft op de prestaties van gefuseerde ziekenhuizen en kunnen mogelijk een aantal aanbevelingen worden gedaan.

Vraagstelling

Wat is de invloed van de factoren *combinatiepotentieel*, *management van de organisatorische integratie* en *veranderbereidheid van medewerkers* op de verschillen tussen pre- en post-fusieprestaties (in termen van effectiviteit en efficiëntie) van ziekenhuizen?

Afgeleide deelvragen voor het empirische onderzoek:

1. Wat zijn de verschillen in de pre- en post-fusieprestaties - wat betreft efficiëntie en effectiviteit - tussen gefuseerde ziekenhuizen?
2. In hoeverre vormen de factoren *combinatiepotentieel, management van de organisatorische integratie en veranderbereidheid van medewerkers* een verklaring voor eventuele verschillen in de post-fusieprestaties?

1.3 maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Omdat er tot op heden weinig empirisch onderzoek is verricht naar dit onderwerp, kunnen er in Nederland geen uitspraken gedaan worden over de mogelijke invloed van ziekenhuisfusies op het publieke doel 'wachtijden van ziekenhuiszorg' als indicator voor een efficiënte en effectieve organisatie na schaalvergroting. Voor de maatschappij is dit een relevant onderwerp omdat burgers als zij worden doorverwezen door de huisarts, graag snel geholpen willen worden in het ziekenhuis. In Nederland hebben we hier afspraken over gemaakt die zijn vastgelegd in zogenaamde treeknormen voor acceptabele wachtijden. Deze normen worden niet in alle gevallen gehaald en dat betekent dat burgers (te) lang moeten wachten op specialistische zorg.

Mede door de vergrijzing willen ziekenhuizen zorgprocessen steeds effectiever inrichten zodat met eenzelfde aantal medewerkers, een steeds groter aantal patiënten kan worden geholpen tegen gelijkblijvende of lagere kosten. De onderzoeker wil graag nagaan of gefuseerde ziekenhuizen efficiënter werken en beter presteren, waardoor burgers in deze organisaties binnen de landelijk gestelde normen voor wachtijden geholpen kunnen worden.

Dit onderzoek wordt vanuit een veranderkundige invalshoek benaderd. Dat betekent dat door te onderzoeken wat het effect van de organisatorische integratie op de efficiëntie en effectiviteit van de organisatie is, dit onderzoek bijdraagt aan de uitbouw van theoretische concepten over fusies en de impact op prestaties na de integratie, zoals deze door bekende fusie-onderzoekers als Cathwright en Cooper (1993) Elsass en Veiga (1994) en Larsson en

Finkelstein (1999) zijn onderzocht. De wetenschap heeft veel geschreven over fusies tussen organisaties (Kumar & Bansal, 2008) en de aspecten die een rol spelen bij het slagen van een fusie. Hierbij gaat het veelal over het bereiken van 'synergie' waarbij 'de buitenkant' (of harde kant) van de verandering wordt onderzocht. In dit onderzoek wil de onderzoeker zich ook graag focussen op 'de harde kant' van de verandering die zich richt op meetbare aspecten zoals capaciteitsplanning en financiële aspecten, maar er is ook oog voor de organisatorische integratie en veranderbereidheid van medewerkers. Deze aspecten zijn van belang omdat de onderzoeker verwacht dat het succes van de fusie hier evenzeer afhankelijk van is.

Met de uitkomst van dit empirische onderzoek zal kennis worden toegevoegd aan de huidige stand van de wetenschap waar het 'de invloed van de post-fusie-integratie op de prestaties van ziekenhuizen' betreft.

Er zal binnen ziekenhuizen in Nederland worden onderzocht welke invloed de post-fusie-integratie heeft op de prestaties van ziekenhuizen, en wat we hiervan terugzien in de wachttijden voor patiënten.

1.4 leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de belangrijkste theorie over de verschillende elementen van het conceptueel model behandeld. In het daaropvolgende hoofdstuk worden de verschillende begrippen geoperationaliseerd en staan de onderzoeksstrategie en de methoden centraal. Hoofdstuk 4 behandelt de empirie en in hoofdstuk 5 worden de integrale analyse en verwachtingen besproken. Tot slot volgen in hoofdstuk 6 de conclusies, kanttekeningen en aanbevelingen van dit onderzoek.

2. Theorie

2.1 Introductie

Het theoretisch kader in dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste begrippen die in het licht van het onderzoek in de wetenschappelijke literatuur zijn bestudeerd. Allereerst worden de prestaties van publieke organisaties beschreven, dan volgt een uiteenzetting over fusies en schaalvoordelen waarna de belangrijkste ideeën over de factoren die van invloed zijn op synergierealiseren volgen. Ter afsluiting van het hoofdstuk worden het conceptueel model en de verwachtingen van de onderzoeker gepresenteerd.

2.2 Prestaties van publieke organisaties

Halverwege de jaren tachtig van de twintigste eeuw is het herpositioneren van publieke organisaties een belangrijk politiek thema. Bijna elk westers land is op zoek naar een manier om publieke organisaties te confronteren met de stimulerende effecten van de markt, en in verschillende landen worden nationale administratieve hervormingen doorgevoerd (Desmidt & Heene, 2013). Ondanks de diversiteit van deze hervormingen gaan zij er alle van uit dat: “de efficiëntie van publieke organisaties positief kan worden beïnvloed door de creatie van institutionele en organisatorische contexten die, zoveel als mogelijk, de private sector weerspiegelen” (Dawson & Dargie, 1999 in Desmidt & Heene, 2013 pp.72). Verbonden door dit uitgangspunt, worden de verschillende administratieve hervormingen gegroepeerd en krijgen de naam New Public Management (Desmidt & Heene, 2013).

New Public Management (NPM) legt de nadruk op de ordenende en regulerende kracht van de markt. Van belang zijn daarbij zaken als prestatiegerichtheid en het verhogen van de efficiëntie opdat organisaties binnen het publieke domein resultaatgericht gaan werken (Bovens, 't Hart & Van Twist, 2012). NPM verwijst dus niet naar een bepaalde methode of techniek, maar fungeert als containerbegrip voor alle hervormingen binnen het publieke domein die tot doel hebben om “competitie (d.m.v. prestatiemeting, privatisering, publiek-private samenwerking etc.) te introduceren in de interne en externe omgeving van publieke organisaties, om zo het ontbreken van een stimulerende marktwerking op te vangen” (Hood, 1991 in Desmidt & Heene, 2013 pp. 73). Binnen de zorgsector van Nederland wordt deze

competitie ook geïntroduceerd met als gevolg dat zorginstellingen hun eigen positie proberen te versterken door prestaties steeds beter inzichtelijk te maken. Daarbij wordt de keuze gemaakt voor verre gaande vormen van verticale samenwerking, waardoor zij unieke producten kunnen aanbieden, of de keuze gemaakt om horizontaal, met een sterke concurrent te gaan samenwerken. Deze laatste vorm van samenwerken mondt vaak uit in een fusie opdat de twee organisaties niet langer elkaars concurrenten zijn maar samen een nieuwe organisatie vormen die meer macht bezit. (Blank, 2013).

De wijdverspreide herstructurering van publieke organisaties heeft volgens Minvielle et. al. (2008) geleid tot hogere verwachtingen van stakeholders.

Bij ziekenhuizen zijn de belangrijkste stakeholders patiënten, verzekeraars, en de professionals werkzaam in de ziekenhuizen. Het ziekenhuis van tegenwoordig heeft verschillende doelen te realiseren. Naast het verlenen van hoogwaardige zorg in een omgeving die steeds technischer wordt, moeten productiedoelstellingen worden gehaald met kleinere budgetten en is het aantrekken en behouden van personeel een belangrijke opdracht. Het ziekenhuis wordt ook gevraagd flexibeler te opereren door de samenwerking in netwerken op te zoeken en na te denken over het substitueren van zorg. Geen makkelijke opdracht voor een organisatie waar de maatschappij ook in toenemende mate meekijkt en oordeelt over de geleverde prestaties.

Volgens de organisatietheorie leveren verschillende manieren om organisaties te bekijken verschillende modellen van organisatieprestaties op. Er zijn vele indicatoren en modellen van ziekenhuisprestaties bekend die alle, een soms sterk gefragmenteerd, beeld van de prestatievermogens geven, omdat elke stakeholdergroep zijn eigen waarden en doelen heeft. Dit maakt het moeilijk om een duidelijk concept van de organisatieprestaties af te leiden (Minvielle et. al, 2008). Er bestaan in de literatuur vier modellen die zo veel mogelijk rekening houden met de verschillende dimensies van de prestaties van organisaties, te weten: het 'Rationele doelmodel' dat gebaseerd is op een rationele conceptualisering die stelt dat een organisatie het meest effectief is als zij haar specifieke doelstellingen behaalt (Price, 1972), het 'Open-systeemmodel' dat de organisatie ziet als entiteit die sterk afhankelijk is van haar omgeving (Yuchtman & Seashore, 1967, in Minvielle, 2008). Het 'Interne-processenmodel' dat de nadruk legt op de interne productieprocessen (Ketchen &

Mc Daniel, 1996) en het 'Human Relations Model' dat uitgaat van goed werkgeverschap zodat medewerkers zich kunnen en willen inzetten voor de succesvolle werking van de organisatie (Adler & Borys,1996). Verschillende auteurs over organisatietheorie hebben geprobeerd deze modellen te combineren, maar dit blijkt lastig omdat een aantal criteria met elkaar concurreert. Flexibiliteit en openheid voor verandering worden bijvoorbeeld gewaardeerd in de menselijke-relaties- en open-systeemmodellen, terwijl controle en stabiliteit worden gezocht in het rationele doel- en interne-procesmodellen (Minvielle,2008). Volgens Quinn en Rohrbaugh (1983) kunnen de vier modellen worden gecombineerd tot een omvattend raamwerk van concurrerende criteria. De organisatie wordt feitelijk gezien als een politieke arena waar leden van het personeel speciale belangengroepen vormen. Afhankelijk van hoe zij de organisatie zien, zullen ze de prestaties van de organisatie beoordelen en hierover communiceren. Het belangrijkste principe van de organisatietheorie is het feit dat de beoordeling van een organisatie afhankelijk is van concurrerende meningen (Minvielle et. al, 2008).

In 1999 heeft het International Development Research Centre (IDRC) een raamwerk geconstrueerd dat organisaties helpt om de eigen prestaties te onderzoeken en waar mogelijk te verbeteren. Het raamwerk bestaat uit vier arena's en ziet er als volgt uit:



Figuur 2: raamwerk voor de beoordeling van organisatieprestaties (IDRC, 1999).

Volgens de IDRC (1999) worden de prestaties van organisaties zichtbaar door de activiteiten die de organisatie onderneemt om haar missie te realiseren. Hierbij heeft elke belangengroep of stakeholder mogelijk een heel ander beeld van wat belangrijk is en

daarom is het cruciaal om als organisatie te definiëren wat wordt verstaan onder goede prestaties van de organisatie. Een aanbeveling van de IDRC is om als organisatie ongeveer tien indicatoren te identificeren die regelmatig gecontroleerd worden zodat de eigen prestaties kunnen worden beoordeeld. Hierbij hebben de verschillende indicatoren niet hetzelfde belang, maar zij 'meten' de voor de organisatie relevante prestaties. Hierdoor kan het ook zijn dat indicatoren veranderen naarmate de organisatieproblemen veranderen of de organisatie evolueert (IDRC, 1999). Als we de arena bestuderen waarin de organisatieprestaties worden beschreven, zien we daar de volgende begrippen staan: effectiviteit, efficiëntie, relevantie en solvabiliteit. De eerste twee begrippen zijn relevant voor dit onderzoek omdat zij de afhankelijke variabele 'synergie-realiseren' uit het onderzoek vormen.

Synergie

Marks et al. (2001) beschrijven dat synergie wordt bereikt als de som van de combinatie efficiënter en/of effectiever is dan de organisaties los van elkaar. Het woord synergie vindt zijn oorsprong in het Griekse *synergos*, wat letterlijk samenwerken betekent. Het benadrukt de voordelen van het samen zijn en samenwerken; het is een gezamenlijke inspanning, zodanig dat het potentiële resultaat beter is dan dat van individuen die alleen werken (Gaggiotti, 2012).

Effectiviteit en efficiëntie

De effectiviteit van een organisatie is de mate waarin doelen worden bereikt om de missie te kunnen realiseren. Doeltreffendheid is hierbij echter geen eenvoudig concept omdat veel publieke organisaties meerdere doelen hebben vastgesteld (IDRC, 1999). Enkele indicatoren om de effectiviteit van een organisatie te kunnen beoordelen zijn:

- Number of clients served
- Quality of services or products
- Changes with respect to equality
- Environmental changes
- Quality-of-life changes
- Service access
- Knowledge generation and use
- Collaborative arrangements
- Demand for policy or technical advice from stakeholders

- Replication of the organization's programs by stakeholders
- Growth indicators in terms of coverage of programs, services, clients, and funding

Indicatoren voor het meten van effectiviteit (IDRC,1999)

De indicatoren 'toegang tot de dienstverlening' en 'het aantal patiënten dat geholpen is' kunnen in onderhavig onderzoek worden gebruikt om de effectiviteit van een organisatie te beoordelen door te meten hoeveel dagen patiënten wachten voordat zij terecht kunnen op de polikliniek, en door te achterhalen hoeveel patiënten er in een jaar gezien en behandeld zijn. Als deze twee indicatoren aangeven dat het aantal patiënten hoger ligt en de wachttijden korter zijn dan voor de fusie, lijkt de organisatie effectiever te werken. Dit kan echter niet los worden gezien van het begrip efficiëntie omdat het wel zo moet zijn dat er meer patiënten geholpen zijn met de inzet van minder middelen (bedden en personeel).

Efficiëntie

Volgens de IDRC moet een organisatie niet alleen in staat zijn om diensten te verlenen, maar is zij ook verantwoordelijk om dit binnen een passende kostenstructuur te leveren.

Prestaties worden daarom steeds vaker beoordeeld op de efficiëntie van de organisatie (bv. de kosten per dienst of het aantal outputs per medewerker). Enkele indicatoren om de efficiëntie van een organisatie te kunnen beoordelen zijn:

- Cost-benefit of programs
- Cost per program
- Cost per client served
- Output per staff
- Employee absenteeism and turnover rates
- Program-completion rates
- Overhead - total program cost
- Frequency of system breakdowns
- Timeliness of service delivery

Indicatoren voor het meten van efficiëntie (IDRC,1999)

De efficiëntie die in dit onderzoek wordt onderzocht is gericht op het sneller en tegen lagere kosten kunnen produceren na de fusie. De twee indicatoren uit bovenstaand overzicht die in dit onderzoek zullen worden gebruikt om de efficiëntie te beoordelen, zijn 'de tijdigheid van dienstverlening' en 'de kosten per client. In onderhavig onderzoek zal de operationalisatie van deze indicatoren bestaan uit het meten van hoeveel dagen er na het eerste polikliniekbezoek moet worden gewacht totdat de patiënt voor niet spoedeisende zorg kan

worden behandeld, en de inzet van middelen (bedden en personeel) en dit wordt vergeleken met de inzet voor de fusie.

2.3 Schaalvoordelen

Ziekenhuizen worden in de hedendaagse tijd geconfronteerd met complexe vraagstukken en prestatiedrivers, zoals het flexibel inzetten van organisatorische capaciteiten, de behoefte om steeds klantgerichter te werken en processen efficiënt en effectief in te richten (Sparrow en Cooper, 2014). Een van de manieren waarop ziekenhuizen omgaan met deze vraagstukken is het onderzoeken van de mogelijkheid om te fuseren, omdat het beeld bestaat dat organisaties door schaalvoordelen in staat zouden zijn om beter te presteren. Een ziekenhuisfusie is de consolidatie van twee onafhankelijke organisaties die door ofwel de ontbinding van een ziekenhuis en de assimilatie door een ander, of het creëren van een nieuw ziekenhuis uit de combinatie van een aantal deelnemende ziekenhuizen, een nieuwe organisatie vormen (Ferrier en Valdmanis, 2004). Fusies en overnames zijn in de wetenschappelijke literatuur door verschillende theoretische lenzen bekeken. Op het gebied van strategisch management zijn fusies bestudeerd als een methode van diversificatie waarbij de nadruk ligt op de motieven voor verschillende combinaties (Ansoff, 1971). In dit onderzoek wordt deze invalshoek echter niet gekozen omdat de onderzoeker zich allereerst wil richten op het economisch perspectief waarbij de nadruk ligt op factoren zoals schaalvoordelen en marktmacht, als aanleiding voor een fusie. Daarna volgt vanuit de lens van het organisatieonderzoek, dat zich primair richt op het post-fusie-integratieproces, een paragraaf over integratie en de factoren die daar een belangrijke bijdrage aan leveren.

Er bestaan verschillende theoretische redenen waarom fusies de effectiviteit en efficiëntie van een organisatie zouden kunnen verbeteren. Na de fusie worden afdelingen en diensten ondergebracht en samengevoegd binnen de nieuwe entiteit en dat zorgt volgens Starkweather (1971) voor het verbeteren van service en een afname van de kosten. Sinay en Campbell (1995) en Alexander, Halperin en Lee (1996) suggereren dat ziekenhuizen fuseren zodat zij minder hoeven concurreren en beter kunnen presteren door schaalvergroting tegen lagere kosten. Alexander et. al (1996) vonden in hun studie dat samengevoegde ziekenhuizen later in de bestudeerde periode vergeleken met een groep willekeurig

geselecteerde controleziekenhuizen, grotere efficiëntieverbeteringen bereikten, en dat er meer mogelijkheden voor verbetering van de efficiëntie bestonden in vergelijkbare ziekenhuizen die samengevoegd werden. Sinay en Campbell (2002) stellen dat een fusie kan resulteren in een efficiëntere organisatie omdat het management verbetert, er schaalvoordelen optreden, en er bij lokale fusies een vermindering van de duplicatie van diensten optreedt. In hun onderzoek blijken gefuseerde ziekenhuizen na de eerste twee jaar, waarin het nog zoeken is naar nieuwe werkwijzen, efficiënter te zijn geworden. Enerzijds verminderen gefuseerde ziekenhuizen het aantal bedden met personeel en als gevolg daarvan, verhogen zij de bezettingsgraad. De gemiddelde bedomvang in de 129 onderzochte gefuseerde ziekenhuizen uit het onderzoek van Sinay en Campbell (2002) daalde met 41 bedden van 470 pre-fusie tot 429 erna, een vermindering van 8,7 procent in bedden. Aan de andere kant steeg het aantal geplande operaties en de polikliniekbezoeken in de twee jaar na de fusie. (Sinay en Campbell, 2002). Op basis van dit onderzoek lijken gefuseerde ziekenhuizen efficiënter te werken omdat zij minder bedden nodig hebben om productie te draaien terwijl zij meer operaties en poliklinische consulten uitvoeren dan voor de fusie. Starkweather (1971) vond in zijn onderzoek bij gefuseerde ziekenhuizen ook een afname van het aantal bedden (capaciteit), maar een toename van het aantal ingezette verpleegkundigen per dienst. Sinay en Campbell (1995) onderzochten eveneens de schaalvoordelen van gefuseerde ziekenhuizen en rapporteerden in tegenstelling tot het onderzoek van Starkweather dat gefuseerde ziekenhuizen minder personeel dan capaciteit zouden inzetten. Hoewel eerdere auteurs het eens zijn over de mogelijke voordelen van ziekenhuisfusies, zijn eerdere empirische resultaten gemengd als het gaat om de efficiëntie en effectiviteit van gefuseerde ziekenhuizen. Een verklaring voor de gemengde empirische resultaten kan mogelijk worden gevonden in de manier waarop de medewerkers de gefuseerde organisatie ervaren, en zich willen inzetten voor de nieuwe organisatie, en daarom gaat de volgende paragraaf van dit hoofdstuk over de condities en factoren die een fusie volgens de literatuur succesvol maken.

2.5 Fusies

Een fusie is het resultaat van een strategische beslissing gericht op het vergroten van het marktaandeel van een organisatie, het verlagen van de kosten of het creëren van synergie

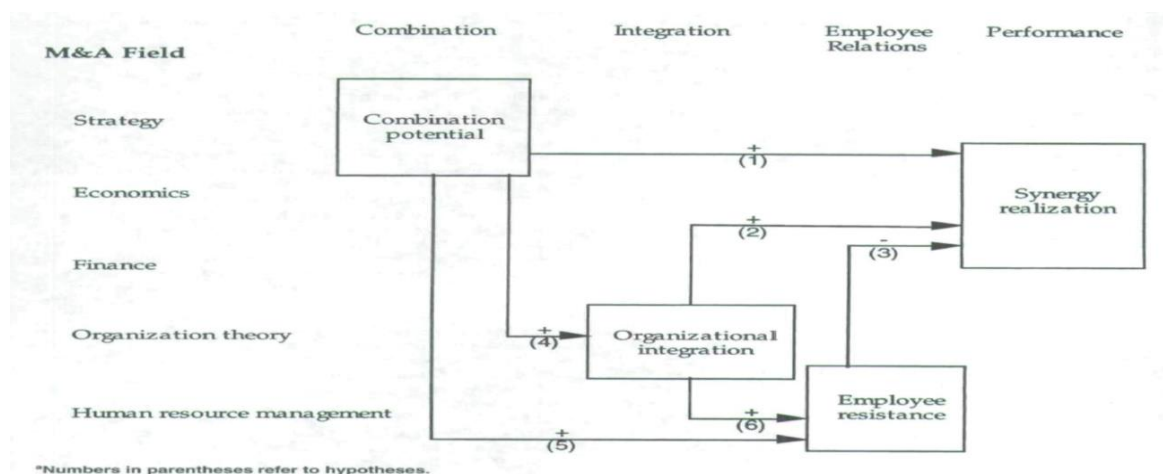
(Puranam, Singh en Chaudhuri, 2009). Deze definitie is voor alle organisaties gelijk maar de invulling van de fusie, dus het proces zelf en de uitkomsten zijn divers.

Een integratie, wat 'tot een geheel maken' betekent, is volgens Kummer en Steger (2008) geen losstaand fenomeen. Er ligt een fusie aan ten grondslag, en zij onderscheiden drie verschillende fases. Allereerst de pre-fusiefase waarin organisaties geselecteerd worden die in aanmerking komen om mee te fuseren. Dan volgt de fusiefase waarin de praktische invulling vorm krijgt. Als laatste vindt men de post-fusiefase waarin de daadwerkelijke integratie in gang gezet is. De drie fases volgen elkaar op en elke opeenvolgende stap gaat volgens Kummer & Steger (2008) gepaard met een hogere mate van complexiteit. Het integratieproces is daarmee de fase met de hoogste complexiteit. Ook Larsson en Finkelstein (1999) zijn van mening dat een belangrijk onderdeel de post-fusie-integratie is. Dit is een proces van geplande waardecreatie dat tot uitvoering wordt gebracht wanneer organisaties worden samengevoegd. Marks, Mirvis en Brajkovich (2001) vullen hierop aan dat niet alle gefuseerde organisaties dezelfde mate van integratie bereiken. Zij zien in extreme situaties organisaties waarbij de status-quo in elke organisatie zoveel als mogelijk wordt behouden, en aan de andere kant zijn voorbeelden te geven waarbij de ene partij eist dat de andere partij haar werkwijzen, normen en cultuur overneemt. Varianten waarbij er een organisatiestructuur en werkwijzen worden geïmplementeerd die voor alle partijen nieuw zijn, bestaan ook. In hun onderzoek (2001) stellen Marks, Mirvis en Brajkovich dat het integratieproces een uitermate complex fenomeen is. Volgens het door hen uitgevoerde onderzoek tonen studies aan dat er verschillende eindstadia van integratie bestaan. De eindstaat van behoud, waarin een van de twee gefuseerde organisaties een bescheiden mate van integratie tegemoet treedt en zijn manier van werken behoudt. Absorptie wordt gezien bij een fusie tussen twee partijen waarvan een van de twee groter of ouder is, en de andere partij wordt geassimileerd in zijn cultuur. Het bereiken van de eindstaat synergie ontstaat tussen organisaties door gedeeltelijke tot volledige integratie. En volgens Marks et al. (2001) zijn deze fusies succesvoller dan organisaties waarbinnen dit niet gerealiseerd wordt. Zij beschrijven dat synergie wordt bereikt als de som van de combinatie efficiënter en/of effectiever is dan de organisaties los van elkaar. Het laatste eindstadium dat kan worden bereikt is transformatie. Transformatie vormt een scherpe breuk met het verleden omdat de eindstaat van de integratie een totale transformatie beoogt waarbij bestaande

werkwijzen en routines moeten worden opgegeven en nieuwe zullen worden ontdekt en ontwikkeld. (Marks, Mirvis en Brajkovich 2001)

Ellis (2004) beschrijft bijna gelijke uitkomsten en geeft vier generieke post-fusie-integratiebenaderingen: conservering verwijst naar een situatie waarin de oude grenzen tussen de fuserende organisaties intact blijven. Absorptie vindt plaats wanneer een van de bedrijven zijn werkmethoden, normen en cultuur oplegt aan de andere partij. Symbiose vertegenwoordigt de integratieaanpak waarin de fuserende partijen geleidelijk worden gemengd door steeds afhankelijker te worden en de beste delen van elke organisatiestructuur te behouden. Transformatie weerspiegelt de situatie waarin organisaties zijn geïntegreerd door de ontwikkeling van totaal nieuwe beste werkmethoden en een gemeenschappelijke identiteit van een organisatie (Ellis 2004).

Larsson en Finkelstein (1999) zijn van mening dat de wetenschap nog onvoldoende weet van fusies en overnames, omdat onderzoekers vaak slechts gedeeltelijke verklaringen hebben gevonden in hun onderzoek. Zij hebben dit probleem aangepakt door een conceptueel kader te ontwikkelen dat zowel theoretische perspectieven van de economie, strategie en organisatie theorie integreert om een breder model te kunnen bieden. Het model beschrijft hoe het succes van de integratie (synergiererealitatie) een gevolg is van het combinatiepotentieel tussen de organisaties, de mate van interactie en coördinatie tijdens het integratieproces en het gebrek aan weerstand bij de medewerkers tegen de nieuwe organisatie. Het model ziet er als volgt uit:



Figuur 3: An integrative Merger and Acquisition model (Larsson en Finkelstein, 1999)

Het model toont een drietal factoren die (in) direct invloed hebben op elkaar en de uiteindelijke synergierealiseatie. Het combinatiepotentieel heeft in dit model een positief effect op de synergierealiseatie en organisatorische integratie en draagt positief bij aan de weerstand die medewerkers mogelijk vertonen tegen de verandering. In het onderzoek van Larsson en Finkelstein (1999) wordt dit als volgt uitgelegd. Bij fusies en overnames met een hoog potentieel om de organisatorische activiteiten op een effectieve manier te integreren, is het waarschijnlijk dat het combinatiepotentieel de mate van organisatorische integratie zal vergroten. Omdat veel van de voordelen en efficiënties die voortvloeien uit fusies te danken zijn aan activiteiten als het verwijderen van overlappende posities en consolidatie van structurele hiërarchieën (Buono en Bowditch, 1989), kan de weerstand van werknemers het grootst zijn wanneer het combinatiepotentieel groot is.

De organisatorische integratie heeft een positief effect op de synergierealiseatie maar verhoogt tevens de weerstand bij medewerkers. Larsson en Finkelstein (1999) vonden dit resultaat omdat elk van de activiteiten die gepaard gaan met de organisatorische integratie de onzekerheid en stress bij werknemers verhoogt omdat zij zich moeten afvragen of hun afdeling en zekerheden wel blijven bestaan (Marks en Mirvis, 1986) en dat is een belangrijke verandering op zichzelf die de weerstand bij medewerkers verhoogt. Deze medewerkersweerstand heeft vervolgens een negatief effect op de synergierealiseatie.

2.6 Factoren die van invloed zijn op de synergierealiseatie

Combinatiepotentieel van de fusiepartners

Volgens Marks, Mirvis en Brajkovich (2001) begint het sturen van het fusieproces al voordat de organisaties formeel fuseren in de zogenoemde pre-combinatiefase. Voorbereiding op een fusie omvat strategische en psychologische zaken. De strategische uitdagingen bestaan uit belangrijke analyses die de synergiebronnen in een combinatie in beeld brengen. Dit omvat het testen van potentiële synergiën in het licht van de structuren en culturen van beide organisaties, en het tot stand brengen van de gewenste relatie tussen de twee partijen. De psychologische uitdagingen omvatten de acties die nodig zijn om de mindsets

van medewerkers te begrijpen die zij in het proces zullen hebben. Zij vergelijken organisatorische combinaties met orgaantransplantaties. "De operatie moet goed doordacht en gepland zijn, en het chirurgisch team en de patiënt moeten voorbereid zijn, voorafgaand aan de operatie, om een snelle uitvoering mogelijk te maken en de kans op afstoting te minimaliseren" (Marks et al., 2001, pp.82). Combinatiepotentieel wordt in de wetenschappelijke literatuur veelal geoperationaliseerd door de mate van verwantschap (Datta, 1991; Kusewitt, 1985; Sigh en Montgomery, 1987, geciteerd in Larsson en Finkelstein, 1999). Larsson en Finkelstein (1999) vonden in hun studie echter ook voorbeelden van organisaties die complementair aan elkaar waren en succesvol presteerden na de fusie. Daarom stellen Larsson en Finkelstein (1999) dat synergiën zowel kunnen worden bereikt door "economieën van gelijkheid" (accumulatie van vergelijkbare activiteiten) als "economieën van fitheid" (het combineren van verschillende, maar complementaire activiteiten). Zij conceptualiseren daarom het combinatiepotentieel van fusies en overnames in termen van zowel de strategische gelijkheid als de strategische complementariteit van de activiteiten van de betreffende organisaties (Larsson en Finkelstein, 1999). In dit onderzoek is de strategische gelijkheid relevant omdat het om ziekenhuizen gaat die alle hetzelfde product aanbieden. Hierbij zijn de gelijkheden als eenzelfde grootte, omzet, aantal medewerkers en vergelijkbare cultuur de indicatoren voor het potentiële succes van een organisatorische combinatie. Eenzelfde grootte en omzet betekent dat de ziekenhuizen die fuseren een vergelijkbaar aantal patiënten behandelen per jaar en hier ongeveer hetzelfde mee verdienen. Het productenaanbod en aantal medewerkers in dienst zegt iets over de diversiteit van de producten en de omvang van het personeelsbestand. Als deze bestanden een vergelijkbare grootte hebben, betekent dit dat de combinatie een grotere kans maakt om succesvol te presteren na de fusie. Dit komt omdat er twee gelijke groepen (in omvang) worden samengevoegd waardoor er een grotere kans bestaat dat deze groepen op zoek gaan naar 'het beste van twee werelden' in plaats van dat de ene groep zich voelt overgenomen, en zich dient aan te passen, als zij in omvang veel kleiner is. Een vergelijkbare cultuur is de laatste en mogelijk de belangrijkste determinant voor het succes van de combinatie en wordt hieronder daarom uitgebreider toegelicht.

Organisatiecultuur wordt ook wel gedefinieerd als ‘the way we do things around here’ (Deal & Kennedy, 2008) en dit impliceert dat een onderscheid in cultuur als eerste tot uiting komt in gedrag. Wanneer twee culturen moeten integreren zoals bij een organisatiefusie, gaat dit gepaard met onderlinge strijd (Boonstra, 2010). Deze strijd komt tot uiting in risicogedrag. Risicogedrag wordt daarbij beschouwd als voor de organisatie onwenselijk gedrag zoals het boycotten van elkaars werk, elkaar negeren of juist erg veel opzoeken (Smit, 2016). Hoe meer conflicten er bestaan tussen groepen, des te meer risico er ontstaat van contraproductief gedrag dat een negatief effect heeft op de synergierealizatie (Larsson & Finkelstein, 1999). Dit komt omdat de tijd en aandacht die wordt besteed aan onderling gedoe, niet kan worden besteed aan het primaire werkproces (Smit, 2016).

Cartwright en Cooper (1993) stellen dat integratie alleen mogelijk is als elk van de partijen een aantrekkelijk beeld van de ander heeft en ook graag iets van de eigen cultuur zou behouden. In die situatie hebben beide partijen een positieve houding jegens elkaar en kan een mengcultuur ontstaan. In hun model ‘modes of acculturation’ onderscheiden zij twee soorten beelden die bij een fusiepartij kunnen bestaan in de aanloop naar de fusie.

		Hoe leden het behoud van de eigen cultuur waarderen	
		Positief	Negatief
Perceptie van de aantrekkelijkheid van de partner	Erg aantrekkelijk	Integratie	Assimilatie
	Weinig aantrekkelijk	Separatie	Deculturatie

Figuur 4: Modes of acculturation (Cartwright & Cooper, 1993).

Eenzijds gaat het om hoe de leden de eigen cultuur waarderen en anderzijds hoe zij aankijken tegen de cultuur van de fusiepartner. In dit onderzoek is deze factor de laatste van vier die samen het combinatiepotentieel van de fusiepartners omvatten in de periode voorafgaand aan de fusie (pre-fusieperiode). Het combinatiepotentieel van de organisaties is de eerste factor waarvan wordt verwacht dat het een belangrijke bijdrage levert aan de prestaties van een organisatie na de fusie (post-fusieperiode), en zal daarom worden opgenomen in het conceptueel model.

Managen van de organisatorische integratie

Een van de belangrijkste issues die in deze context moeten worden behandeld, is de vraag hoe de verworven organisaties moeten worden geïntegreerd in de post-fusieperiode. Afgezien van de korte termijneffecten van het integratieproces op de prestaties van de nieuw opgerichte organisatie, heeft het ook gevolgen voor de levensvatbaarheid op de lange termijn van de geconsolideerde entiteit (Pablo, 1994).

Een aantal bekende fusieonderzoekers zoals Cathwright en Cooper (1993) Elsass en Veiga (1994) en Larsson en Finkelstein (1999) stellen dat de organisatorische integratie een voorwaarde is voor het bereiken van synergievoordeel. Zij beschouwen botsende culturen in de post-fusieperiode als een bedreiging voor de integratie en leggen de nadruk op een aantal thema's zoals: weerstand en negatieve emoties bij medewerkers, meer onderling conflict en aandacht voor 'cultural awareness'. Dit komt overeen met wat Bijlsma-Frankema (2001) omschrijft als het voorkomen van 'aversive diversity', wat zoveel betekent als het afstand nemen van het integratieproces. Dit kan al dan niet expliciet gebeuren en komt omdat "het niet begrijpen van het gedrag van de ander leidt tot negatieve emoties/wantrouwen, een gebrek aan samenwerking en daarmee een verhoogd risico op nieuwe miscommunicatie en onbegrip van gedrag" (Smit, 2016). Integratie ontstaat niet vanzelf en dit impliceert dat er hoe dan ook een vorm van culturele spanning onder medewerkers zal bestaan. Deze spanning zorgt ervoor dat beide partijen ervaren wat de onderlinge verschillen zijn en dat er rekening gehouden dient te worden met elkaars behoeften. Alleen dan kan worden gekozen voor een houding en werkwijze die de fusieopgave het beste ondersteunen (Smit, 2016).

Voor dit onderzoek is het belangrijk te achterhalen welke managementactiviteiten een positieve bijdrage leveren aan het integratieproces. In 2002 verscheen een onderzoeksrapport van Deloitte waarin wordt beschreven wat de vijf hoofdoorzaken voor het falen van een fusie zijn. Er is in dit onderzoek in 540 organisaties gevonden dat het negeren van culturele verschillen tussen beide partijen een van de belangrijkste oorzaken is. Er wordt managers dan ook aangeraden een actieve rol te vervullen bij het begeleiden van de integratie. Dit advies wordt ondersteund door diverse auteurs zoals Smeets et. al (2012) en Boonstra (2010). Armenakis et. al (2009) identificeerden dat overtuigende communicatie, management van interne en externe informatie en de formalisatie van structuur en procedures positief bijdragen aan de verandering. By et al. (2008) hebben verschillende typen van communicatie geïntroduceerd als een strategie voor het overbrengen van de verandering. Overtuigende communicatie omvat het verzenden van een boodschap met als doel om ontvangers te veranderen. Veranderaars hebben tegenwoordig talloze keuzemogelijkheden (e-mail, video-uitzendingen) die vrij efficiënt zijn in het verzenden van deze boodschap. Overtuigende communicatie is echter nog niet zo effectief als actieve participatie (participatieve besluitvorming) omdat het zelfontdekkingsaspect van actieve deelname een belangrijke gebeurtenis is. Toegegeven, in een korte tijd kan overtuigende communicatie worden uitgevoerd omdat het minder tijd dan actieve deelname vergt, maar het gebruik van overtuigende communicatie moet mogelijk worden versterkt door te proberen medewerkers actief te betrekken bij de verandering (Armenakis et.al, 2009). In dit onderzoek wordt gesteld dat de tweede factor van belang het managen van de verandering tijdens de organisatorische integratie is, waarbij het voorkomen van 'aversive diversity' in de post-fusieperiode en het stimuleren van actieve deelname door medewerkers aan de verandering, twee belangrijke uitgangspunten zouden moeten zijn.

Veranderbereidheid van medewerkers

De herstructurering van een organisatie vergt veel energie en betrokkenheid van de mensen binnen de organisatie, omdat zij zich moeten committeren aan de veranderingen die hebben plaatsgevonden of nog zullen plaatsvinden. Ondanks de verwachte voordelen van een fusie wordt de post-fusiefase vaak bemoeilijkt door problemen zoals ontevredenheid en weerstand van werknemers (Jones, 2003).

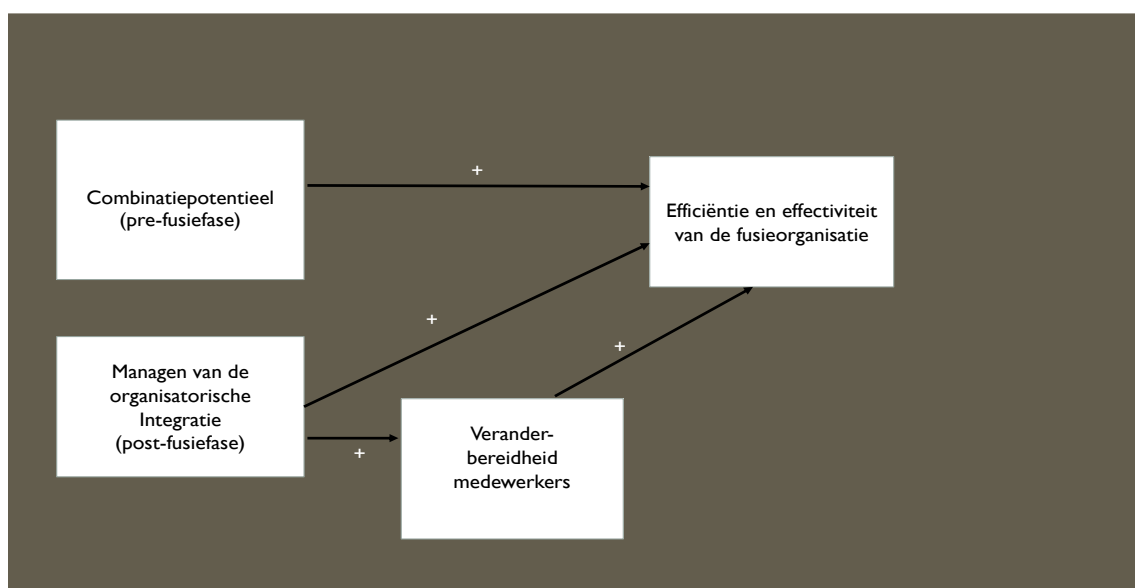
Dorling (2017) beschrijft in haar onderzoek “Impact of psychological capital on the resistance to change during post-merger integration” dat een fusie een grote organisatorische verandering betreft, waarvan veel onderzoekers hebben benadrukt dat de mislukkingpercentages van veranderingsinspanningen te wijten zijn aan de weerstand die medewerkers vertonen (Dorling, 2017). Het verzet tegen de inspanningen van organisatorische verandering is een psychologisch fenomeen dat uitgroeide tot een psychologisch concept. In 1952 introduceerde Lewin een van de hoekstenen voor het doorgronden van veranderingen in de organisatie. Hij vond “dat de weerstand het belangrijkste obstakel vormde voor succesvolle organisatorische veranderingen” (Dorling, 2017, pp. 937). Positieve gedachten over veranderingen in de organisatie lijken echter potentieel om weerstand te verminderen (Luthans, 2002).

Luthans et al.(2012) koppelden in hun onderzoek de psychologische hulpbronnen van hoop, veerkracht, werkzaamheidsvertrouwen en optimisme aan de academische prestaties van studenten. Wanneer ze gecombineerd werden, creëerden deze bronnen een synergetisch effect dat bekend staat als positieve PsyCap. De resultaten van dit verkennend onderzoek waren de eersten die een significante relatie aantoonde tussen de PsyCap van universiteitsstudenten en hun academische prestaties (Luthans, Luthans en Jensen, 2012) Het concept presenteert zichzelf als: (1) vertrouwen hebben om de nodige inspanningen te leveren en te slagen in uitdagende taken; (2) een positieve attributie over slagen nu en in de toekomst; (3) vasthouden aan doelen en, waar nodig, bijsturen naar doelen om te slagen; en (4) wanneer geconfronteerd met problemen en tegenslagen, stand houden en terugveren om succes te behalen (Luthans et al., 2012). Dit concept is vergelijkbaar met de vijf “key-beliefs” zoals Armenakis et. al (1999) deze hebben gevonden in hun onderzoek naar de wijze waarop de veranderbereidheid van medewerkers positief kan worden beïnvloed. Zij waren benieuwd naar overwegingen van medewerkers binnen een organisatie waar een grote verandering plaatsvond; wanneer medewerkers besloten om een verandering te accepteren en te steunen of juist af te wijzen en zich ertegen te verzetten. De veranderbereidheid slaat dan op de wil om mee te werken aan de verandering en de identificatie van vijf belangrijke veranderingsovertuigingen werd door Armenakis et. al (1999) gevonden in veldonderzoek met verschillende organisaties. De vijf overtuigingen zijn: (a) urgentiebesef; (b) geschiktheid; (c) werkzaamheid; (d) steun; en (e) er baat bij hebben (Armenakis et al., 1993, 1999).

Urgentiebesef verwijst naar de overtuiging dat een verandering nodig is; dat er een grote kloof is tussen de huidige staat van de organisatie en wat die zou moeten zijn. Geschiktheid is de overtuiging dat een specifieke verandering die is ontworpen om een discrepantie aan te pakken, de juiste is voor de situatie. Werkzaamheid verwijst naar de overtuiging dat de ontvanger van de wijziging en de organisatie een verandering succesvol kunnen implementeren. Steun is de overtuiging dat de formele leiders binnen de organisatie zich willen inzetten voor het succes van een verandering. En ten slotte weerspiegelt de laatste overtuiging dat de verandering voordelig is voor de ontvanger van de verandering; de ontvanger moet baat hebben bij de verandering (Armenakis et. al, 2009). Advies uit dit onderzoek aan het management is om de vijf beschreven overtuigingen actief te beïnvloeden omdat daarmee de veranderingsbereidheid van medewerkers wordt vergroot en de kans dat medewerkers weerstand gaan vertonen kleiner zal zijn. De veranderingsbereidheid van medewerkers is daarmee de derde belangrijke factor waarvan de onderzoeker verwacht dat het een positieve bijdrage zal leveren aan de synergierealitatie

2.7 Conceptueel model en verwachtingen

Op basis van de tot op heden bestudeerde literatuur en met bijzondere aandacht voor het integratieve model van Larsson en Finkelstein (1999) en de veranderingsbereidheid zoals Armenakis et.al (1999) dit hebben gevonden in hun onderzoek, is voor dit onderzoek onderstaand conceptueel model opgesteld.



Figuur 5: het conceptueel model

Naar aanleiding van de probleemstelling, de onderzoeksvraag en bestudeerde literatuur wordt in figuur 5 een overzicht van het conceptueel model van dit onderzoek getoond, waarin de verschillende variabelen en mogelijke relaties zijn weergegeven. Het onderzoek richt zich op de factoren die van invloed zijn op de synergierealiserende na een fusie. Het aanwezige combinatiepotentieel heeft naar verwachting een positief effect op de efficiëntie en effectiviteit, omdat er bij aanvang van de fusie ideeën zullen bestaan over de toekomstige cultuur en manieren om de nieuwe organisatie zo goed mogelijk ineen te vlechten. Hierbij kunnen (staf)afdelingen worden samengevoegd, inkoopprocessen worden vereenvoudigd en overlappende activiteiten worden gestaakt. Het managen van de organisatorische integratie heeft naar verwachting een positief effect op de efficiëntie en effectiviteit van de gefuseerde organisatie, en op de veranderbereidheid van medewerkers. Een volledige organisatorische integratie die in de wetenschappelijke literatuur als transformatie wordt omschreven, vraagt van medewerkers een scherpe breuk met het verleden omdat de eindstaat van de integratie een totale transformatie omvat, waarbij bestaande werkwijzen en routines moeten worden opgegeven en nieuwe zullen worden ontdekt en ontwikkeld. (Marks, Mirvis en Brajkovich 2001). Dat vraagt veel van medewerkers en vraagt ook van het management een actieve bijdrage aan de begeleiding van het integratieproces.

Volgens de onderzoeker is het uitvoeren van een empirisch onderzoek een interessante exercitie omdat uit de literatuur blijkt dat veel fusies geen optimale synergie bereiken en de onderzoeker is nieuwsgierig of dit terug te vinden is in de wijze waarop verschillende organisaties na een fusie presteren. Na bestudering van de wetenschappelijke literatuur heeft de onderzoeker onderstaande verwachtingen:

V1: De aanwezigheid van een hoog combinatiepotentieel in de pre-fusieperiode levert een positieve bijdrage aan de effectiviteit en efficiëntie van de fusie-organisatie.

V2: Het managen van de organisatorische integratie heeft een positief effect op de efficiëntie en effectiviteit van de organisatie, en naar verwachting ook een positief effect op de veranderbereidheid van medewerkers.

V3: Een sterke veranderbereidheid van medewerkers levert een positieve bijdrage aan de efficiëntie en effectiviteit van de organisatie.

Hoofdstuk 3 Methoden en onderzoeksstrategie

In dit derde hoofdstuk worden de verschillende variabelen uit het conceptueel model dat is gepresenteerd in hoofdstuk twee, geoperationaliseerd. De onderzoeksstrategie en methoden zullen worden beschreven en het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de kwaliteitsmaatregelen.

3.1 Operationalisering

Om de variabelen daadwerkelijk te kunnen meten is het noodzakelijk om de begrippen te operationaliseren. Definities die zijn gevonden in de wetenschappelijke literatuur, worden waar nodig aangepast aan het eigen onderzoek, de zogenaamde stipulatieve definitie (Verschuren en Doorewaard, 2015). De variabelen worden allereerst als centrale begrippen hieronder uitgeschreven en zijn vervolgens in tabel 1 op pagina 29 en 30 terug te vinden in een overzicht waarin ook de indicatoren zijn opgenomen.

Combinatiepotentieel

Combinatiepotentieel wordt in de wetenschappelijke literatuur veelal geoperationaliseerd door de mate van verwantschap (Datta, 1991; Kusewitt, 1985; Sigh en Montgomery, 1987, geciteerd in Larsson en Finkelstein, 1999) maar er zijn ook voorbeelden van succesvolle combinaties van complementaire organisaties. In dit onderzoek is de strategische gelijkenis relevant omdat het om ziekenhuizen gaat die allen hetzelfde product aanbieden en daarom wordt de definitie 'de mate van verwantschap' gehanteerd. De mate van verwantschap wordt gemeten aan de hand van de indicatoren die beschreven staan in het theoretisch kader van dit onderzoek en dit zijn:

- De omzet (het totaalbedrag van alle verkopen in een jaar)
- Het productenaanbod (welke zorg wordt er aangeboden)
- Aantal behandelingen (het totaal aantal behandelingen in een jaar)
- Omvang personeelsbestand (het aantal medewerkers in loondienst)
- Percepties organisatiecultuur (welke beelden bestaan er over de organisatiecultuur van de eigen organisatie en die van de fusiepartner)

Verwantschap wordt in dit onderzoek gemeten aan de hand van de eerste vier indicatoren. De vijfde indicator betreft het onderdeel cultuur en omdat de onderzoeker deze indicator pas tijdens een interview zou kunnen uitvragen, wordt deze niet gescoord in de pre-fusiefase, maar later toegevoegd.

Aan iedere indicator is een waarde toegekend en wanneer het verschil in score hoog of laag is, is er sprake van een hoge of lage verwantschap. De waarde die een indicator in dit onderzoek krijgt heeft de onderzoeker gebaseerd op de bestudeerde wetenschappelijke literatuur van Larsson en Finkelstein (1999) en deze waarden zijn uitgewerkt in tabel 1 op bladzijde 29 en 30. De gevonden uitkomsten van de vier indicatoren krijgen uiteindelijk een score op een driepuntsschaal die kan bestaan uit een laag, gemiddeld of hoog combinatiepotentieel.

Het managen van de organisatorische integratie

Larsson en Finkelstein (1999) stellen dat de organisatorische integratie een proces is van geplande waardecreatie dat tot uitvoering wordt gebracht wanneer organisaties worden samengevoegd. In dit onderzoek wordt de volgende definitie gehanteerd: “het proces van de organisatorische integratie omvat het actief managen van de verandering door medewerkers in de post-fusie periode zo veel mogelijk te betrekken bij het integratieproces, door het stimuleren van actieve deelname aan de verandering”. In dit onderzoek zijn vier indicatoren opgenomen, te weten:

- Medewerkers geven aan betrokken te worden bij de verandering door het management.
- Het management deelt actief informatie door gebruik te maken van e-mail, blogs en intranet.
- Begeleiding van medewerkers wordt door het management gestimuleerd door hen opdrachten te geven, en feedback te verwerken.
- Het management hanteert een participatieve stijl van leidinggeven en laat medewerkers bottom-up ideeën uitwerken.

Deze indicatoren worden gemeten middels interviews waarbij de eerste drie indicatoren de waardering 'matig/voldoende/sterk aanwezig' kunnen krijgen en de vierde indicator 'het aan of afwezig zijn' van dit type leiderschapsstijl.

Veranderbereidheid

De definitie die in dit onderzoek gehanteerd wordt, is het tegenovergestelde van weerstand en wordt door Armenakis et. al (1999) gedefinieerd als "de wil om mee te werken aan een verandering". In dit onderzoek wordt hier nog aan toegevoegd dat het gaat om medewerkers die 'de wil hebben om mee te werken aan de verandering omdat zij geloven in de positieve uitkomsten van de integratie'. De indicatoren om de veranderbereidheid te kunnen meten heeft de onderzoeker overgenomen uit het onderzoek van Armenakis (1999). Deze indicatoren zijn:

- Urgentiebesef is bij medewerkers aanwezig
- Overtuiging van de geschiktheid van de oplossing voor het probleem aanwezig bij medewerker
- Vertrouwen dat de organisatie en medewerker zelf de verandering kunnen doorvoeren
- Ervaren steun vanuit het management door de medewerker
- Overtuiging van medewerker dat hij/zij zelf voordeel heeft bij de verandering

Bovenstaande indicatoren zijn door de onderzoeker alle omgezet in interviewvragen en de score die per indicator kan worden gegeven, is dat deze 'matig/voldoende/sterk' aanwezig kan zijn. Een matige score wordt gegeven als een indicator tijdens het interview niet of nauwelijks aanwezig blijkt doordat de respondent uitsluitend negatieve uitspraken doet over het onderwerp. Een voldoende score wordt gegeven als de respondent zowel positieve als een aantal kritische reacties geeft, en een sterke beoordeling volgt als de respondent zich overwegend positief uitlaat.

Efficiëntie en Effectiviteit van de fusieorganisatie

Het succes van de fusie wordt volgens Marks en Mirvis (2001) bepaald door de mate waarin synergie wordt bereikt. Ook Ellis (2004) beschrijft verschillende niveaus van integratiesucces

die variëren van het naast elkaar blijven werken tot volledige transformatie. In dit onderzoek wil de onderzoeker de volgende definitie hanteren 'het bereiken van synergie is de situatie waarin een samenwerking effectiever en efficiënter is dan dat beide organisaties apart kunnen functioneren, waardoor de integratie succesvol is'.

De effectiviteit of doeltreffendheid van een organisatie is de mate waarin doelen worden nagestreefd om de missie te kunnen bereiken (IDRC, 1999). In dit onderzoek wordt het begrip effectiviteit gedefinieerd als 'de relatie tussen de prestaties enerzijds en de beoogde resultaten, zoals deze in de strategische plannen voor de fusie werden opgesteld, anderzijds'. Om de effectiviteit te meten wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van twee indicatoren uit het onderzoek van de IDRC (1999) en dit zijn:

- Het aantal patiënten dat geholpen is in een jaar (pre- en post-fusie)
- De gemiddelde toegangstijd tot de eerste polikliniekafspraak na een verwijzing van de huisarts.

Als deze twee indicatoren aangeven dat het aantal patiënten hoger ligt en de toegangstijden korter zijn dan voor de fusie, lijkt de organisatie effectiever te werken. Dit kan echter niet los worden gezien van het begrip efficiëntie omdat het wel zo moet zijn dat er meer patiënten geholpen zijn met de inzet van minder middelen (bedden en personeel) en daarom wordt het begrip efficiëntie ook gemeten in dit onderzoek.

Volgens de IDRC moet een organisatie niet alleen in staat zijn om diensten te verlenen, maar is zij ook verantwoordelijk om dit doelmatig binnen een passende kostenstructuur te leveren. Voor het begrip efficiëntie wordt in dit onderzoek de volgende definitie gebruikt: een ziekenhuis werkt efficiënt als zij 'het bereiken van haar doelen weet te realiseren met zo min mogelijk tijd en middelen'. Om de efficiëntie te meten wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van drie indicatoren uit het onderzoek van de IDRC (1999) en dit zijn:

- Inzet van middelen (bedden en personeel) voor en na de fusie;
- Het gemiddeld aantal dagen wachttijd tussen eerste polikliniekbezoek en daadwerkelijke behandeling;
- Aantal geopende DBC's (diagnose behandelcombinaties) in een jaar.

Nadat bovenstaande indicatoren zijn gemeten kan een uitspraak worden gedaan over de variabelen effectiviteit en efficiëntie van de organisatie in de pré- en post-fusieperiode.

De zojuist behandelde variabelen en de wijze waarop deze in dit onderzoek zullen worden gescoord, worden in onderstaande tabel weergegeven.

Variabelen	Definitie	Indicatoren	Waarde
Combinatie-potentieel (pre-fusieperiode)	De mate van verwantschap tussen ziekenhuizen.	<p>Omvang: aantal bedden</p> <p>Omzet: totale bedrijfsopbrengsten</p> <p>Productenaanbod: ZVW en of AWBZ</p> <p>Aantal medewerkers</p> <p>Perceptie cultuur fusiepartner</p> <p>Oordeel eigen cultuur</p>	<p>Verschil < 100 = klein > 100 = groot</p> <p>Verschil < 50.000.000 = klein > 50.000.000 = groot</p> <p>Gelijk = groot Ongelijk = klein</p> <p>Verschil < 500 = klein > 500 = groot</p> <p>Een weinig, neutraal of aantrekkelijk beeld (waardering middels interviewvragen)</p> <p>Positief, neutraal of negatief oordeel (waardering middels interviewvragen)</p>
Managen van de organisatorische integratie (post-fusieperiode)	Het proces van de organisatorische integratie omvat het actief managen van de verandering door medewerkers in de post fusie periode zo veel mogelijk te betrekken bij het integratieproces, door het stimuleren van actieve deelname aan de verandering.	<p>Medewerkers geven aan betrokken te worden bij de verandering door het management.</p> <p>Het management deelt actief informatie door gebruik te maken van e-mail, blogs en intranet.</p> <p>Begeleiding van medewerkers wordt door het management gestimuleerd door hen opdrachten te geven, en feedback te verwerken.</p> <p>Het management hanteert een participatieve stijl van leidinggeven en laat medewerkers bottom-up ideeën uitwerken.</p>	<p>Waardering in interview: Matig, voldoende, sterk</p> <p>Waardering in interview: Matig, voldoende, sterk</p> <p>Waardering in interview: Matig, voldoende, sterk</p> <p>Waardering in interview: Matig, voldoende, sterk.</p>
Verander bereidheid	Medewerkers hebben de wil om mee te	Urgentiebesef bij medewerker aanwezig	Waardering in interview: Matig, voldoende, sterk

	<p>werken aan de verandering omdat zij geloven in de positieve uitkomsten na de fusie.</p>	<p>Overtuiging van de geschiktheid van de oplossing voor het probleem aanwezig bij medewerker</p> <p>Vertrouwen dat de organisatie en medewerker zelf de verandering kan doorvoeren</p> <p>Ervaren steun vanuit het management door de medewerker</p> <p>Overtuiging van medewerker dat hij/zij zelf voordeel heeft bij de verandering</p>	<p>Waardering in interview: Matig, voldoende, sterk</p> <p>Waardering in interview: Matig, voldoende, sterk</p> <p>Waardering in interview: Matig, voldoende, sterk</p> <p>Waardering in interview: Matig, voldoende, sterk</p>
<p>Efficiëntie en effectiviteit (van de fusieorganisatie)</p>	<p>De situatie waarin een samenwerking effectiever en efficiënter is dan dat beide organisaties apart kunnen functioneren, waardoor synergie wordt bereikt en de fusie succesvol is.</p>	<p>Efficiëntie meten:</p> <p>Kosten per cliënt door bepaling inzet van middelen (bedden en Fte personeel)</p> <p>Aantal dagen wachttijd tussen eerste polikliniekbezoek en daadwerkelijke behandeling</p> <p>Aantal DBC's (diagnose behandelcombinaties)</p> <p>Effectiviteit meten:</p> <p>Totale aantal patiënten dat geholpen is in een jaar.</p> <p>Toegangstijd tot de eerste polikliniekafspraak na een verwijzing van de huisarts.</p>	<p>Meer of minder middeleninzet dan voor fusie</p> <p>Langere of kortere wachttijden dan gemiddelde wachttijd van ziekenhuizen in NL</p> <p>Meer of minder DBC's geopend dan voor de fusie</p> <p>Meer of minder eerste polikliniekbezoek en klinische opnames dan voor de fusie</p> <p>Langere of kortere toegangstijden dan gemiddelde toegangstijd van ziekenhuizen in NL</p>

Tabel 1: overzicht van de geoperationaliseerde variabelen, definities en indicatoren.

3.2 Methoden

Het eerste empirische onderzoeksdeel bestaat uit een inhoudsanalyse van de strategische beleidsplannen van recent gefuseerde ziekenhuizen om te beoordelen of het betreffende ziekenhuis de fusie heeft gemotiveerd vanuit efficiëntievoordelen. Hierna volgt een secundaire data-analyse van wachttijden en overige data zoals het aantal bedden, de omzet en salariskosten van gefuseerde ziekenhuizen.

Er worden binnen dit onderzoek tien gefuseerde ziekenhuizen onderzocht. Dit zijn allemaal ziekenhuizen die binnen Nederland in 2015 of 2016 juridisch gefuseerd zijn. Bij de uitwerking is gekozen voor het anonimiseren van de verschillende organisaties en daarom wordt er gewerkt met de aanduiding hoofdletter A t/m J voor de tien gefuseerde organisaties. Data uit verslagjaar 2013 van voor de fusie worden vergeleken met data uit verslagjaar 2017 na de fusie, zodat er een eerlijke vergelijking gemaakt kan worden met betrekking tot de prestaties in de tijd. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de ziekenhuizen die het betreft.

Hierna volgt een secundaire kwantitatieve data-analyse waarmee wordt onderzocht of de ziekenhuizen een hoog, gemiddeld of laag combinatiepotentieel hebben en wordt onderzocht of er beter gepresteerd wordt dan voor de fusie (een betere productiviteit tegen gelijke kosten en kortere wachttijden).

Hiervoor gaat de onderzoeker de tien gefuseerde ziekenhuizen vergelijken door de verwantschap te beoordelen en te kijken hoeveel eerste polikliniekbezoeken en klinische opnames, als maat voor de productie, het ziekenhuis in het verslagjaar 2013 voor de fusie heeft gerapporteerd en dit vergelijken met het verslagjaar 2017 na de fusie. Vervolgens wordt achterhaald of de toegangstijd tot de polikliniek van het gefuseerde ziekenhuis binnen de landelijke treetnorm valt en of het ziekenhuis beter scoort op de lijst van specialismen met gemiddeld de langste toegangstijden in NL.

Ook zal worden onderzocht hoeveel middelen een ziekenhuis in verslagjaar 2013 voor de fusie heeft ingezet en hoe groot de inzet aan middelen in het jaar 2017 na de fusie is geweest. Daarnaast wordt het aantal Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) die een overzicht geven van alle activiteiten van een medisch specialist, voortkomend uit de

zorgvraag van de klant, vergeleken in verslagjaar 2013 voor en 2017 na de fusie. Ten slotte wordt onderzocht of het gefuseerde ziekenhuis op de langste wachttijd behandeling 2019 korter dan het landelijk gemiddelde weet te scoren. De laatste stap die na het verzamelen van bovenstaande data zal worden gezet, is het in een tabel samenvoegen van de verschillende uitkomsten zodat inzichtelijk wordt hoe de tien gefuseerde ziekenhuizen ten opzichte van elkaar scoren op de onderdelen combinatiepotentieel in 2013 en mogelijke efficiëntie- en effectiviteitswinst na de fusie in verslagjaar 2017.

De onderzoeker verwacht uiteenlopende resultaten te vinden en om die te kunnen begrijpen, wil de onderzoeker op basis van de uitkomsten van de kwantitatieve analyse drie ziekenhuizen selecteren waarvan er één uitstekend scoort (minder inzet middelen dan voor de fusie, en kortere wachttijden) één gemiddeld (minder middelen inzet maar langere wachttijden dan voor de fusie) en één matig (minder middelen inzet en langere wacht- en toegangstijden dan voor de fusie). Binnen deze drie ziekenhuizen gaat de onderzoeker individuele interviews afnemen bij van elke organisatie vijf medewerkers volgens onderstaand overzicht:

Ziekenhuis 1= Een gemiddeld scorend ziekenhuis o.b.v. de kwantitatieve data-analyse	Ziekenhuis 2= Een uitstekend scorend ziekenhuis o.b.v. de kwantitatieve data-analyse	Ziekenhuis 3 = een matig scorend ziekenhuis o.b.v. de kwantitatieve data-analyse
Manager	Manager	Manager
Teamhoofd*	Teamhoofd*	Afdelingshoofd*
Teamleider	Verpleegkundige	Verpleegkundige
Medewerker radiologie	Medewerker radiologie	Teamleider
Verpleegkundige	Fysiotherapeut	Apothekersassistente

*functies staan gelijk aan elkaar

Tabel 2: Overzicht functies respondenten interviews

Deze interviews zullen betrekking hebben op het doorgemaakte integratieproces en hierin worden de succes- of faalfactoren van de integratie nader onderzocht. Het design van dit kwalitatieve onderzoeksdeel is een casestudie. Hierbij worden slechts enkele gevallen diepgaand bestudeerd en in deze studie zullen dat drie ziekenhuizen zijn waarvan er één

uitstekend, één gemiddeld en één matig scoort. Deze afhankelijke variabele wordt als basis voor de caseselectie genomen.

Voor de interviews die in deze ziekenhuizen plaatsvinden, zal de onderzoeker op drie verschillende organisatieniveaus respondenten selecteren zodat de uitvraag over het post-fusie-integratieproces vanuit verschillende functies kan worden belicht. De niveaus die de onderzoeker voor ogen heeft, zijn het bestuur en/of hoger management, operationeel management en medewerkers van de werkvloer. Door het afnemen van de interviews wil de onderzoeker een beeld te scheppen van de verschillende opvattingen en ervaringen bij een selectief gekozen groep onderzoekseenheden (15 medewerkers) van verschillende organisatieniveaus binnen de drie ziekenhuizen. De interviews zullen met toestemming van de respondent worden opgenomen waarna de resultaten anoniem zullen worden verwerkt. Na het transcriberen van de gesproken tekst volgt de analyse van het verkregen materiaal door met behulp van het softwareprogramma Atlas.ti het materiaal systematisch te interpreteren. Er zullen sleutelwoorden (codes) toegekend worden aan de verschillende passages in de tekst. Deze codes zijn samengesteld op basis van de indicatoren uit de operationaliseringstabel op bladzijde 30 en 31 (onderdelen perceptie van de cultuur, managen van de organisatorische integratie en de veranderbereidheid). Na een eerste ronde 'open coderen', waarbij bruikbare tekstfragmenten een code krijgen, zal de onderzoeker de gevonden fragmenten groeperen en worden de codes met elkaar vergeleken en waar mogelijk samengevoegd. Het resultaat is een aantal overkoepelende codes die hoofdcategorieën vormen en waarmee de onderzoeker uitspraken kan doen over de mate waarin een indicator aanwezig is. De analyse van de verschillende cases wordt per onafhankelijke variabele gepresenteerd waarbij de meetmethode de onderstaande waardes kent:

Voor het onderdeel cultuur binnen de variabele combinatiepotentieel wordt voor de perceptie van de cultuur van de fusiepartner de driepuntsschaal 'een weinig, neutraal of aantrekkelijk beeld' van de organisatiecultuur van de fusiepartner gehanteerd.

Voor het beoordelen van de eigen cultuur kan een negatieve, neutrale of positieve beoordeling worden gegeven.

Voor de overige onderdelen (het managen van de organisatorische integratie en de veranderbereidheid) wordt eveneens gewerkt met een driepuntsschaal die de waardes matig/voldoende of sterk aanwezig kent. Op basis van de voorgestelde stappen wil de onderzoeker de data grondig bestuderen en proberen om patronen te herkennen en verbanden te leggen in het licht van de onderzoeksvraag.

Bij het uitvoeren van kwalitatief onderzoek laat de onderzoeker zich volgens Swanborn (2002) leiden door redeneringen en uitlatingen die respondenten gebruiken, met als doel de aard van het verschijnsel te onderzoeken. Deze kenmerken zijn terug te vinden in dit onderzoek. Er is voor het tweede deel van dit onderzoek gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode omdat deze de onderzoeker het dichtst bij het doel van het onderzoek kan brengen, namelijk het krijgen van inzicht in de wijze waarop het ziekenhuis intern invulling heeft gegeven aan de post-fusie-integratie. Nadat beide onderzoeksstrategieën zijn uitgevoerd, volgt een analyse van de gevonden data waarmee de onderzoeker antwoord zal geven op de centrale vraag uit dit onderzoek.

Door het toepassen van verschillende methoden (triangulatie) probeert de onderzoeker in dit onderzoek vanuit verschillende invalshoeken antwoord te krijgen op de vragen. De combinatie van verschillende gegevensbronnen zorgt voor een completer beeld van het onderzoeksveld ('t Hart et al., 2005).

Samenvattend kan worden gezegd dat het empirisch deel van dit onderzoek enerzijds bestaat uit een analyse van kwantitatieve data uitgevoerd om het combinatiepotentieel en de wijze waarop de gefuseerde ziekenhuizen presteren ten opzichte van de situatie van voor de fusie, en ten opzichte van elkaar, te kunnen vergelijken, en de kwalitatieve analyse richt zich daarna, binnen de voor de casestudie geselecteerde ziekenhuizen, op de vraag hoe medewerkers het integratieproces ervaren hebben. Dit gebeurt aan de hand van de topiclijst met interviewvragen (bijlage 5) die betrekking hebben op de indicatoren op pagina 29 en 30.

Als de onderzoeker alle data heeft verzameld gaat het verwerken van de verschillende onderdelen volgens de uitwerking in onderstaand overzicht.

<p>Kwantitatieve-dataverzameling onderdeel combinatiepotentieel</p>	<p>Bij de twintig ziekenhuizen die geselecteerd zijn voor dit onderzoek (zie bijlage 1) wordt onderzocht of zij op 4 van de 5 uitgewerkte indicatoren voor het combinatiepotentieel sterke gelijkenissen vertonen met de fusiepartner of juist sterk verschillen. De 5^e indicator betreft het onderdeel cultuur en kan hier nog niet beoordeeld worden omdat dit pas tijdens de interviews wordt uitgevraagd. De gevonden combinaties krijgen een score die kan bestaan uit een laag, gemiddeld of hoog combinatiepotentieel.</p>
<p>Kwantitatieve-dataverzameling onderdeel efficiëntie winst na fusie</p>	<p>Bij de tien gefuseerde ziekenhuizen die zijn ontstaan uit de twintig ziekenhuizen die werden geselecteerd voor dit onderzoek (zie bijlage1) wordt onderzocht of de gefuseerde ziekenhuizen efficiënter presteren dan de separate organisaties voor de fusie deden, door een vergelijking te maken van de inzet van middelen en het aantal Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) voor en na de fusie te vergelijken. Daarnaast wordt beoordeeld of de gefuseerde ziekenhuizen een betere wachttijd tot behandeling hebben dan de gemiddelde wachttijd van Nederlandse ziekenhuizen. Met deze dataverzameling kan worden beoordeeld of het ziekenhuis sneller en tegen lagere kosten produceert.</p>
<p>Kwantitatieve-dataverzameling onderdeel effectiviteitswinst na fusie</p>	<p>Bij de tien gefuseerde ziekenhuizen die zijn ontstaan uit de twintig ziekenhuizen die werden geselecteerd voor dit onderzoek (zie bijlage1) wordt onderzocht of de gefuseerde ziekenhuizen effectiever zijn dan de separate organisaties voor de fusie waren. Indicatoren die worden onderzocht zijn het aantal</p>

	<p>eerste polikliniekbezoeken en klinische opnames voor en na de fusie en de gemiddelde toegangstijd tot de polikliniek in vergelijking met het Nederlands gemiddelde. Met deze dataverzameling kan worden beoordeeld of het ziekenhuis effectiever werkt.</p>
<p>Kwalitatieve-dataverzameling onderdeel interviews</p>	<p>Bij 3 gefuseerde ziekenhuizen worden 5 interviews per organisatie afgenomen. Doel van de interviews is het meten van de variabelen met betrekking tot het fusieproces zelf, de veranderbereidheid van medewerkers en de wijze waarop het fusieproces gemanaged is. Zie voor de topiclijst met interviewvragen bijlage 7.</p> <p>De interviews zullen worden opgenomen en daarna worden getranscribeerd. Daarna wordt de tekst gecodeerd en op basis van de waardering die respondenten toekennen aan de verschillende onderwerpen (zoals sterk, matig of zwak aanwezig) worden de codes gecategoriseerd en wordt gezocht naar verbanden. Op deze wijze wordt meetbaar welke uitspraken worden gedeeld, waar meningen juist sterk verschillen en of er een vergelijking tussen de ziekenhuizen kan worden gemaakt.</p>

Tabel 3: Overzicht verwerking van de gevonden data.

3.3 Kwaliteitsmaatregelen

Om de bruikbaarheid van de resultaten van dit onderzoek te kunnen waarborgen, is het bij de uitvoering van belang de validiteit en betrouwbaarheid in het oog te houden.

Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid staat voor de mate waarin toevallige fouten worden voorkomen (Baarda en De Goede, 2006). Het draait hierbij om de vraag of de metingen toevallig tot stand zijn gekomen. De onderzoeker zal in dit onderzoek daarom iedere stap verantwoorden om zo te kunnen voldoen aan de eis van openheid en controleerbaarheid. De werkwijzen en gemaakte beslissingen zullen nauwkeurig worden gerapporteerd. Ter verduidelijking is in bijlage 1 de topiclijst met interviewvragen opgenomen. Deze interviewvragen zijn gebaseerd op de in hoofdstuk 3 uitgewerkte operationalisering, zodat de begrippen consistent worden gebruikt. De interne validiteit van een onderzoek geeft aan in hoeverre het uitgevoerde onderzoek de conclusies rechtvaardigt. In dit onderzoek zullen verschillende bronnen worden ingezet zodat de onderzoeksvraag van verschillende kanten kan worden belicht (Verschuren en Doorewaard, 2015). Sociaalwetenschappelijk onderzoek kan volgens 't Hart, Boeije en Hox (2005) moeilijk op exact dezelfde wijze herhaald worden, omdat de sociale context voortdurend verandert. De eis van openheid is daarom des te belangrijker en hier zal de onderzoeker in onderhavig onderzoek rekening mee houden. Bij de externe validiteit draait het om de overdraagbaarheid van de onderzoeksresultaten naar niet onderzochte situaties (Westers en Peters, 2004). De onderzoeker verwacht dat de uitkomsten te generaliseren zijn naar andere zorgorganisaties in het publieke domein die een fusieproces hebben doorgemaakt. Omdat er in dit onderzoek algemeen geldende definities en variabelen uit de wetenschappelijke literatuur zijn gebruikt en andere typen zorgorganisaties net als een ziekenhuis, te maken hebben met hetzelfde soort medewerkers en ook meerdere, soms tegenstrijdige doelstellingen moeten realiseren, verwacht de onderzoeker dat de resultaten overdraagbaar zullen zijn.

Resultaten data-analyse

Naast de kwantitatieve data, zal de analyse van de uitkomsten van de interviews allereerst aan het theoretisch kader worden getoetst. Waar mogelijk wordt bestaande wetenschappelijke literatuur verrijkt en daarnaast worden de uitkomsten gebruikt om de centrale vraag uit het onderzoek te beantwoorden. Doel van het onderzoek is om een

uitspraak te kunnen doen over het effect van de integratie op de prestaties van gefuseerde ziekenhuizen, en hier mogelijk een aantal aanbevelingen aan te verbinden.

Hoofdstuk 4 De empirie

In hoofdstuk 4 wordt de empirie beschreven waarvoor eerder in hoofdstuk 3 de methoden en onderzoeksstrategie al werd toegelicht. De resultaten van het onderzoek worden op hoofdlijnen weergegeven. Voor een volledige weergave van de onderzoeksresultaten wordt verwezen naar de bijlagen.

4.1 Presentatie van de resultaten

In het onderzoek werden alle ziekenhuizen geïnccludeerd die in 2015 of 2016 juridisch gefuseerd zijn. Van de in totaal 22 ziekenhuizen vielen er twee af omdat één van deze ziekenhuizen kort daarvoor al een fusie had meegemaakt en de organisatie daardoor nog erg onrustig was. Dit zou mogelijk een negatief effect op de uitkomst van de meting in dit onderzoek kunnen geven, en daarom besloot de onderzoeker deze ziekenhuizen niet mee te nemen. Van de overige twintig ziekenhuizen werden de websites bezocht en heeft de onderzoeker gecontroleerd of de fusie daadwerkelijk in 2015 plaatsvond en of er in de strategische plannen teruggevonden kon worden dat het ziekenhuis naast kwaliteitsaspecten ook efficiëntievoordeel hoopten te bereiken met de fusie. Dit bleek bij alle twintig het geval en hiermee was de selectie van de deelnemende organisaties een feit.

4.2 Resultaten kwantitatieve data-analyse

In deze paragraaf worden de resultaten van de kwantitatieve-dataverzameling gepresenteerd.

Onderdeel combinatiepotentieel

Voor dit onderdeel maakte de onderzoeker inzichtelijk hoe de separate organisaties er voor de fusie uitzagen (aantal bedden, bedrijfsopbrengst, productenaanbod en aantal medewerkers). Volgens de waarden die de verschillende indicatoren kregen toegekend in het overzicht op pagina 29 en 30 werd daarna beoordeeld of de gefuseerde ziekenhuizen een laag, gemiddeld of hoog combinatiepotentieel hadden. Het onderdeel m.b.t. de cultuur als indicator van het combinatiepotentieel kon hier nog niet beoordeeld worden omdat dit pas tijdens de interviews werd meegenomen. Van de tien gefuseerde ziekenhuizen scoorden

6 ziekenhuizen laag, 2 gemiddeld en 2 hoog op dit onderdeel. Zie voor een volledig overzicht van alle scores bijlage 2 onderdeel combinatiepotentieel.

Onderdeel efficiëntie en effectiviteit

Van de twintig ziekenhuizen werd bekeken hoeveel middelen (bedden en personeel in full-time-equivalent: Fte) zij voor de fusie in het verslagjaar 2013 hadden ingezet en hoe groot de inzet aan middelen na de fusie in het verslagjaar 2017 was. Ook werd het aantal Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), wat een overzicht geeft van alle activiteiten van een medisch specialist, vergeleken in de verslagjaren 2013 en 2017. Ten slotte werd als indicator voor het onderdeel efficiëntie onderzocht of het gefuseerde ziekenhuis op de langste wachttijd behandeling 2019 korter dan het landelijk gemiddelde wist te scoren.

Daarna werd achterhaald hoeveel eerste polikliniekbezoeken en klinische opnames, als maat voor de productie, het ziekenhuis in verslagjaar 2013 had gerapporteerd en dit werd vergeleken met het verslagjaar 2017 na de fusie. Vervolgens werd achterhaald of de toegangstijd tot de polikliniek van het gefuseerde ziekenhuis binnen de landelijke treeknorm viel en of het ziekenhuis beter scoorde op de lijst van specialismen met gemiddeld de langste toegangstijden in NL. Zie voor het volledige overzicht van alle scores bijlagen 3 en 4 onderdelen efficiëntie en effectiviteit.

Resultaat samengevoegde uitkomsten

De laatste stap die na het verzamelen van bovenstaande data werd gezet, was het in een tabel samenvoegen van de verschillende uitkomsten zodat inzichtelijk werd hoe de tien gefuseerde ziekenhuizen ten opzichte van elkaar scoorden op de onderdelen combinatiepotentieel en mogelijke efficiëntie- en effectiviteitswinst na de fusie in verslagjaar 2017.

De resultaten zijn weergegeven in onderstaande tabel en moeten als volgt worden begrepen:

- De score laag, gemiddeld of hoog op het onderdeel combinatiepotentieel (driepuntsschaal) is de uitkomst van de analyse uit bijlage 2.

- Een positieve uitkomst van de indicatoren efficiëntie- en/of effectiviteitswinst na de fusie (groen gemarkeerd) en de negatieve uitkomsten (oranje) zijn het resultaat van de analyse uit bijlagen 3 t/m 6.

Naam organisatie na juridische fusie in 2015/2016 (geanonimiseerd)	Score: hoog, gemiddeld of laag combinatiepotentieel?	Efficiëntie winst na fusie?	Effectiviteitswinst na fusie?	Geselecteerd voor kwalitatief onderzoeksdeel?
Organisatie A	laag	Minder inzet middelen Hoger aantal DBC's Gemiddelde langste wachttijd behandeling > 7 weken	Minder 1 ^e poli en klinische opnames Gemiddelde langste toegangstijd polikliniek korter dan landelijk gemiddelde.	Ja, ziekenhuis heeft een gemiddelde score (3 van de 4 indicatoren) maar de wachttijd voor behandeling is onveranderd lang.
Organisatie B	gemiddeld	Meer inzet middelen Veel hoger aantal DBC's Gemiddelde langste wachttijd behandeling > 7 weken	Minder 1 ^e poli en klinische opnames Gemiddelde langste toegangstijd polikliniek korter dan landelijk gemiddelde	Nee, idem uitkomst als organisatie A.
Organisatie C	laag	Meer inzet middelen Minimale stijging aantal DBC's Gemiddelde langste wachttijd behandeling > 7 weken	Minder 1 ^e poli en klinische opnames Gemiddelde langste toegangstijd polikliniek korter dan landelijk gemiddelde	Nee, zet meer middelen in.
Organisatie D	laag	Minder inzet middelen Hoger aantal DBC's Gemiddelde langste wachttijd behandeling > 7 weken	Minder 1 ^e poli en klinische opnames Gemiddelde langste toegangstijd polikliniek is langer dan bij overige fusieziekenhuizen	Ja, ziekenhuis heeft een matige score (2 van de 4 indicatoren) en heeft langere wacht- en toegangstijden dan overige fusieziekenhuizen.
Organisatie E	laag	Meer inzet middelen Minimale stijging DBC's Wachttijd behandeling korter dan landelijk gemiddelde	Minder 1 ^e poli en klinische opnames Gemiddelde langste toegangstijd polikliniek korter dan landelijk gemiddelde	Nee, zet meer middelen in.
Organisatie F	hoog	Minder inzet middelen, Hoger aantal DBC's Wachttijd behandeling korter dan landelijk gemiddelde	Minder 1 ^e poli en klinische opnames Gemiddelde langste toegangstijd polikliniek korter dan landelijk gemiddelde	Ja, ziekenhuis scoort goed (4 van de 4 indicatoren) en heeft zowel kortere toegangstijden als wachttijden behandeling
Organisatie G	laag	Meer inzet middelen Minder DBC's Wachttijd behandeling korter dan landelijk gemiddelde	Minder 1 ^e poli en klinische opnames Gemiddelde langste toegangstijd polikliniek korter dan landelijk gemiddelde	Nee, zet meer middelen in.

Organisatie H	hoog	Minder inzet middelen Hoger aantal DBC's Gemiddelde langste wachttijd behandeling > 7 weken	Minder 1 ^e poli en gelijkblijvend aantal klinische opnames Gemiddelde langste toegangstijd polikliniek korter dan landelijk gemiddelde	Nee, idem uitkomst als organisatie A die al geselecteerd is.
Organisatie I	hoog	Meer inzet middelen Minimale stijging aantal DBC's. Gemiddelde langste wachttijd behandeling > 7 weken	Minder 1 ^e poli en klinische opnames Gemiddelde langste toegangstijd polikliniek korter dan landelijk gemiddelde	Nee, zet meer middelen in.
Organisatie J	laag	Minder inzet middelen Hoger aantal DBC's Gemiddelde langste wachttijd behandeling > 7 weken	Minder 1 ^e poli en klinische opnames Gemiddelde langste toegangstijd polikliniek is langer dan bij overige fusieziekenhuizen	Nee, idem uitkomst als organisatie D die al geselecteerd is.

Tabel 4: Uitkomsten kwantitatieve-dataverzameling

Op basis van de uitkomsten van de kwantitatieve analyse heeft de onderzoeker in de laatste kolom 3 ziekenhuizen geselecteerd waarbij één organisatie uitstekend scoort (minder inzet middelen dan voor de fusie, en kortere wachttijden) één gemiddeld (minder middelen inzet maar langere wachttijden dan voor de fusie) en één matig (minder middelen inzet maar langere wacht- en toegangstijden dan voor de fusie).

De organisaties C, E, G en I vielen af voor nadere analyse omdat zij in het verslag jaar 2017 na de fusie alle vier meer middelen hebben ingezet dan voor de fusie in 2013.

Er bleek 1 uitstekend scorend ziekenhuis te zijn (vier van de vier indicatoren een positieve uitkomst) bij een hoog combinatiepotentieel. Dit is organisatie F en dit ziekenhuis wordt daarom als eerste geïncludeerd voor nadere analyse.

De gemiddeld scorende ziekenhuizen (drie van de vier indicatoren een positieve uitkomst) zijn de organisaties A, B en H met respectievelijk een laag, gemiddeld en hoog combinatiepotentieel. De onderzoeker heeft met behulp van loting organisatie A voor nadere analyse geselecteerd.

Uit de matig scorende ziekenhuizen D en J, die beide een laag combinatiepotentieel kennen, werd eveneens door middel van loting een selectie gemaakt, en komt organisatie D naar voren als ziekenhuis dat de onderzoeker zal benaderen voor vervolgonderzoek.

Het vervolgonderzoek dat bestaat uit het afnemen van 5 interview per organisatie zal op basis van bovenstaande resultaten plaatsvinden in de organisaties A, D en F.

4.3 Resultaten kwalitatieve-data-analyse

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op het perspectief dat 5 medewerkers per organisatie uit de 3 geselecteerde ziekenhuizen hebben als het gaat om het door hen zelf doorgemaakte fusieproces. Het materiaal is door middel van interviews verkregen en na het transcriberen verder geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma Atlas.ti.

De analyse van de verschillende cases wordt per onafhankelijke variabele gepresenteerd waarbij de gehanteerde meetmethode (een driepuntsschaal) de onderstaande waardes kent:

- Voor het onderdeel cultuur binnen de variabele combinatiepotentieel werd voor de perceptie van de cultuur van de fusiepartner de driepuntsschaal 'een weinig, matig of aantrekkelijk beeld' van de organisatiecultuur van de fusiepartner gebruikt.
- Voor het beoordelen van de eigen cultuur kon een negatieve, neutrale of positieve beoordeling worden gegeven.
- Voor de overige onderdelen (het managen van de organisatorische integratie en de veranderbereidheid) werd eveneens gewerkt met een driepuntsschaal die de waardes matig, voldoende of sterk aanwezig kent.

Onderdeel cultuur (behorend bij het combinatiepotentieel)

Uit de analyse naar het combinatiepotentieel komt naar voren dat alle respondenten de eigen organisatiecultuur van voor de fusie als positief beoordelen. Er worden zaken genoemd als korte communicatielijnen, trots zijn op het werk dat men samen doet en het hebben van een informele sfeer. Anderen zijn juist trots op de hoge productie die zij draaien, de duidelijke structuur en goede werkafspraken.

Cartwright en Cooper (1993) stellen dat integratie alleen mogelijk is als elk van de partijen een aantrekkelijk beeld van de ander heeft en ook graag iets van de eigen cultuur zou

behouden. In die situatie hebben beide partijen een positieve houding jegens elkaar en kan een mengcultuur ontstaan.

Binnen deze case blijkt er in de pre-fusiefase een gematigd positief beeld van de fusiepartner te zijn. Dit varieert van 'nieuwsgierig naar de ander' tot 'een ziekenhuis met veel potentie' waar men best mee zou willen samengaan. Opvallend is dat na de eerste kennismaking en ervaringen een deel van de respondenten uit de ziekenhuizen A en D dit beeld lijkt bij te stellen en aangeeft de organisatiecultuur van de fusiepartner als weinig aantrekkelijk te beschouwen. De twee belangrijkste redenen die respondenten hiervoor opgeven worden geïllustreerd door onderstaande uitspraken:

“Zakelijk en gericht op het draaien van productie. Mensen zijn veel meer op zichzelf en groeten bijvoorbeeld niet in het voorbijgaan....” Manager ziekenhuis A

“Er zijn zeker cultuurverschillen. Onze fusiepartner is een groot en vrij arrogant huis dat zichzelf op de borst klopt en niet van plan lijkt om samen te willen werken. Ik vrees dat het een overname wordt...” Verpleegkundige ziekenhuis D

In totaal spreken 14 van de 15 respondenten zich uit over de aantrekkelijkheid van de organisatiecultuur van de fusiepartner en dit resulteert in 7 medewerkers met een weinig tot neutraal beeld, en 7 medewerkers met een neutraal/positief beeld. Waar in de eerste groep naar voren komt dat men door de cultuurverschillen lastig bij elkaar zou kunnen passen door o.a. het verschil in grootte van de voormalige ziekenhuizen en de daarbij passende familiecultuur van de kleinere locatie en de hiërarchische cultuur van de grote locaties, wordt dat in de tweede groep niet genoemd. Medewerkers zien wel verschillende organisatieculturen maar lijken daar op basis van hun uitspraken neutraal en/of positief tegenover te staan.

Uit de kwantitatieve data analyse met betrekking tot de onafhankelijke variabele combinatiepotentieel scoorden de ziekenhuizen A en D laag en ziekenhuis F hoog. De uitkomsten in deze case laten zien dat het ziekenhuis met het hoge combinatiepotentieel medewerkers heeft die de meest positieve perceptie kennen voor de organisatiecultuur van

de fusiepartner. De totaalscore van het combinatiepotentieel blijft hiermee onveranderd en past bij de eerder gevonden uitkomsten van de kwantitatieve data analyse.

Ziekenhuis	Uitkomst indicatoren combinatiepotentieel kwantitatieve analyse	Oordeel eigen organisatiecultuur	Perceptie organisatiecultuur fusiepartner
A	laag	positief	Weinig/neutral aantrekkelijk
D	laag	positief	Weinig/ neutral aantrekkelijk
F	hoog	positief	Neutraal/positief aantrekkelijk

Tabel 5: Overzicht totaalscore combinatiepotentieel (aangevuld met het onderdeel organisatiecultuur).

Onderdeel managen van het integratieproces

In het theoretisch kader van dit onderzoek wordt gesteld dat een factor van belang het managen van de verandering tijdens de organisatorische integratie is, waarbij het voorkomen van ‘aversive diversity’ in de post-fusieperiode en het stimuleren van actieve deelname door medewerkers aan de verandering, twee belangrijke uitgangspunten zouden moeten zijn. Om te kunnen achterhalen hoe het bestuur en management het integratieproces tijdens de fusieperiode hebben begeleid en welke ervaringen medewerkers met dit onderdeel hebben, is tijdens het interview een viertal onderwerpen behandeld die hieronder zullen worden toegelicht. Per indicator is op basis van de operationaliserings-tabel op bladzijde 30 en 31 een subscore gegeven (matig, voldoende of sterk aanwezig) die samen een totaalscore op de variabele managen van het integratieproces geven.

Betrokkenheid medewerkers bij het fusieproces

Er werd onderzocht op welke wijze medewerkers betrokken zijn geweest bij het integratieproces na de fusie en welke mogelijkheden hen geboden werden om input te kunnen leveren waar het de veranderingen betrof. De antwoorden van de managers en afdelingshoofden kwamen overeen en bestonden uit het maken van een plan voor de eigen afdeling, goed luisteren naar teamleden en medewerkers uitnodigen om zitting te nemen in werkgroepen die aan de slag zouden gaan met het opstellen van nieuwe protocollen en werkwijzen. Medewerkers van de werkvloer noemen dezelfde onderwerpen maar dan vanuit hun rol als teamlid, en geven daarbij aan dat zij veel tijd hebben besteed aan het inwerken van nieuwe collega’s en het opstellen van gezamenlijke nieuwe werkprocessen.

Wat opvalt, is dat de antwoorden aardig overeenkomen, maar de wijze waarop respondenten betrokkenheid ervaren hebben, zeer sterk verschilt. Zo geven alle respondenten uit ziekenhuis A aan dat zij zich matig betrokken hebben gevoeld met als belangrijkste oorzaak de snelheid waarmee het integratieproces werd vormgegeven. Er was hierdoor weinig tijd om een goed plan te maken en men liep regelmatig 'achter de feiten aan' waar het veranderingen betrof. Een van de teamhoofden zegt heel treffend:

"Ik heb heel erg het gevoel gehad dat het mij allemaal een beetje is overkomen. Het beeld waar we naartoe gingen dat was er wel, maar het ging allemaal zo snel dat alles nogal ad hoc verlopen is..." Teamhoofd ziekenhuis A

In de overige twee ziekenhuizen blijkt het tempo waarmee het integratieproces werd ingezet lager te hebben gelegen en hierdoor was er voor medewerkers mogelijk meer rust en tijd om een bijdrage te kunnen leveren aan de veranderingen. Medewerkers uit ziekenhuis D merken hier op dat zij de hele fusie erg lang vinden duren. Het uitblijven van besluitvorming over strategische keuzes maakt de organisatie naar hun mening minder efficiënt en brengt onzekerheid met zich mee zoals onderstaand voorbeeld illustreert.

"Ons bestuur durft naar mijn mening na de fusie geen echte keuzes te maken. We moeten bijvoorbeeld nog steeds op alle locaties ook in de avond en nacht aanwezig zijn, terwijl het voornemen na de fusie was om de spoedzorg snel te concentreren. Het kost mij veel extra inzet en het maakt mijn team onzeker omdat niemand weet wanneer deze diensten ophouden te bestaan..." Teamhoofd ziekenhuis D

Uit de reacties van de respondenten uit ziekenhuis F kan worden opgemaakt dat zij zich voldoende betrokken hebben gevoeld. Zij geven voorbeelden over deelname aan werkgroepen, het mogen meedenken met afdelingsoverstijgende onderwerpen en het bijwonen van sessies die werden georganiseerd door het bestuur om input op te halen. Een punt van kritiek was de frequentie waarmee dit mogelijk was; dat vonden de respondenten te weinig. Er wordt op basis van deze analyse daarom een voldoende score gegeven voor ziekenhuis F.

Medewerkers uit ziekenhuis D geven een voldoende score waar het de betrokkenheid betreft. Ze hebben mogen participeren in werkgroepen en op de eigen afdeling kon worden meegedacht met het doorvoeren van veranderingen, maar daarbuiten werd geen betrokkenheid verlangd en het bestuur was volgens een aantal respondenten 'te weinig zichtbaar'.

De subscore op de indicator betrokkenheid medewerkers bij het fusieproces ziet er voor de verschillende organisaties als volgt uit:

Ziekenhuis	Subscore indicator betrokkenheid medewerkers bij fusieproces
A	Matig betrokken
D	Voldoende betrokken
F	Voldoende betrokken

Tabel 6: Subscores indicator betrokkenheid medewerkers bij fusieproces

Management deelt actief informatie

In deze case werd onderzocht of er een bepaalde manier bestond waarop de informatievoorziening net na de fusie georganiseerd werd. In alle drie de ziekenhuizen bleek dit het geval te zijn, waarbij de volgende hulpmiddelen door het management werden ingezet:

- Informatiebijeenkomsten en inloopsessies
- Intranetpagina's
- Onderwerp specifieke trainingen (bv. hoe om te gaan met fusieleed)
- Afdelingsoverleg
- Schriftelijke informatie per mail

Medewerkers uit alle drie de ziekenhuizen geven hierbij aan dat de informatie wel beschikbaar was, maar de intranetpagina bijvoorbeeld erg veel doorklikwerk vergde; je werd overspoeld met mails en als medewerker kon je vaak niet aanwezig zijn bij de informatiebijeenkomsten omdat je op dat tijdstip niet van de afdeling weg kon. Men geeft over het algemeen aan voldoende geïnformeerd te zijn maar de wijze waarop is matig geweest. Veel liever hadden medewerkers gezien dat er meer tijd op afdelingsniveau was geweest voor het actief delen van informatie.

De subscore op de indicator het management deelt actief informatie ziet er voor de verschillende organisaties als volgt uit:

Ziekenhuis	Subscore indicator management deelt actief informatie
A	Voldoende geïnformeerd maar wijze waarop matig
D	Voldoende geïnformeerd maar wijze waarop matig
F	Voldoende geïnformeerd maar wijze waarop matig

Tabel 7: Subscores indicator management deelt actief informatie

Begeleiding integratieproces

In deze case werd onderzocht hoe medewerkers vinden dat het management het integratieproces begeleid heeft, en hoe de onderlinge nieuwe samenwerking precies gefaciliteerd werd. Dit bleek voor medewerkers van de werkvloer een lastige vraag omdat zij onvoldoende zicht lijken te hebben op de rol van het bestuur/management en de consequenties voor hun afdeling en werk. Uit de analyse van de begeleiding door het management kwamen van deze groep respondenten onvoldoende bruikbare data en onderstaande uitspraken illustreren dat.

“Verder weet ik niet zo goed wat de rol van het management is geweest, daar houd ik mij als verpleegkundige niet mee bezig...]”

“Over de raad van bestuur weet ik niets, want die staan erg ver weg, maar mijn teamleider heeft het traject intens meegemaakt en is zeer betrokken geweest...]”

Verpleegkundigen uit ziekenhuis A en D

De in totaal 6 afdelings- en teamhoofden hebben wel een beeld van de begeleiding van het management en geven antwoorden die per organisatie sterk uiteenlopen waar het de ervaringen betreft. Van veel ondersteuning en begeleiding tot er werd niet geluisterd. De scores zijn als volgt.

De score die ziekenhuis F krijgt, is een sterke beoordeling als het om de begeleiding gaat omdat men aangeeft het gevoel te hebben gehad gehoord te worden, en samen op zoek te gaan naar oplossingen als er problemen werden ervaren. Ook valt op dat respondenten uit

ziekenhuis F aangeven dat er aandacht is geweest voor de zachte kant van het fusieproces en informele aspecten zoals het organiseren van activiteiten buiten het werk.

“Eigenlijk werd er op dat vlak best veel begeleiding geboden. Ook de softe kant zoals kennismaken door een kookworkshop heb ik als positief ervaren...” Afdelingshoofd ziekenhuis F

“We werden uitgenodigd voor een voorstelling van het Spiegeltheater waarin een moeder en dochter alle emoties rondom zo’n fusie heel zwart-wit verwerken en dit op een hele humoristische manier presenteren. Daarna hebben we het gehad over cultuurverschillen en feedback geven aan elkaar en hoe belangrijk het is om niet tegenover elkaar te gaan staan maar samen een nieuw team te gaan vormen...” Verpleegkundige ziekenhuis F

In de andere twee ziekenhuizen krijgt de begeleiding van het management een matige beoordeling omdat zij zich bij het integratieproces met name hebben gericht op het samenvoegen van de teams, het anders indelen van locaties en nieuwe werkafspraken maken, en dit bleek voor de medewerkers vaak niet voldoende.

Er was bij de respondenten uit ziekenhuis A en D behoefte aan het tonen van begrip, luisteren naar problemen en de ruimte krijgen om te mogen rouwen zoals een van de respondenten het omschreef. Hier werd echter weinig aandacht aan besteed omdat de focus van het management op de meer praktische en harde kant van de integratie leek te liggen volgens de respondenten. Dit werd in ziekenhuis A en D als een duidelijk gemis ervaren.

De subscore op de indicator begeleiding van het integratieproces ziet er voor de verschillende organisaties als volgt uit:

Ziekenhuis	Subscore indicator begeleiding integratieproces
A	Matig
D	Matig
F	Sterk

Tabel 8: Subscores indicator begeleiding integratieproces

Participatieve stijl van leidinggeven

De leiderschapsstijl die het management en bestuur vertoonde tijdens het integratieproces gaf per casus een vrij eenduidig beeld, maar onderling bleken er verschillen te zijn.

In organisatie A blijkt het bestuur top-down te hebben gehandeld tijdens het integratieproces en respondenten geven aan dat zij geen ruimte hebben ervaren om zaken te overleggen. Een aantal van de reacties omschrijft de situatie als onveilig met een directieve leiderschapsstijl die sterk gericht is op de harde kant van het proces en de snelheid waarmee veranderingen moeten worden doorgevoerd. De organisatie krijgt voor deze subcategorie een matige beoordeling, omdat er geen participatieve leiderschapsstijl werd gehanteerd.

Organisatie F krijgt een sterke beoordeling omdat uit deze casus blijkt dat het management weliswaar een vastberaden koers wilde vasthouden, maar medewerkers ook de ruimte hebben gekregen om ideeën aan te dragen. Bijstelling van het beleid was bespreekbaar en feedback werd door het bestuur ook verwerkt en teruggekoppeld.

In organisatie D blijkt de participatieve leiderschapsstijl ook niet gehanteerd te zijn en spreken medewerkers over een sturende stijl met weinig ruimte voor overleg. Ziekenhuis D krijgt daarom ook een matige beoordeling voor deze subcategorie.

Armenakis et.al, (2009) stellen dat actieve participatie in een fusieproces belangrijk is omdat het zelfontdekkingsaspect van actieve deelname een belangrijke gebeurtenis voor medewerkers is bij het doorvoeren en accepteren van veranderingen. Kijkend naar de uitkomsten van de drie ziekenhuizen lijkt alleen het bestuur en management van ziekenhuis F hier ruimte voor te bieden met hun stijl van leidinggeven. In de overige twee ziekenhuizen ervaren respondenten weinig tot geen ruimte om te mogen participeren en/of input te leveren en dit wordt op alle lagen van de organisaties zo ervaren.

Ziekenhuis	Subscore participatieve stijl van leidinggeven
A	Matig
D	Matig
F	Sterk

Tabel 9: Subscores indicator participatieve stijl van leidinggeven

Nadat alle subscores per casus zijn geven, wordt in onderstaande tabel een overzicht van deze subscores getoond met een totaalscore per organisatie op de variabele managen van het integratieproces.

Totaalscore van de variabele managen van het integratieproces ziekenhuis A:

Indicator	Subscores
Betrokkenheid medewerkers bij fusieproces	Matig
Management deelt actief informatie	Voldoende
Begeleiding bij het integratieproces	Matig
Aanwezigheid participatieve leiderschapsstijl	Matig
Totaalscore	Matig

Tabel 10: Totaalscore organisatie A op variabele managen van de organisatorische integratie

Totaalscore van de variabele managen van het integratieproces ziekenhuis D:

Indicator	Subscores
Betrokkenheid medewerkers bij fusieproces	Voldoende
Management deelt actief informatie	Voldoende
Begeleiding bij het integratieproces	Matig
Aanwezigheid participatieve leiderschapsstijl	Matig
Totaalscore	Matig/Voldoende

Tabel 11: Totaalscore organisatie D op variabele managen van de organisatorische integratie

Totaalscore van de variabele managen van het integratieproces ziekenhuis F:

Indicator	Subscores
Betrokkenheid medewerkers bij fusieproces	Voldoende/sterk
Management deelt actief informatie	Voldoende
Begeleiding bij het integratieproces	Voldoende
Aanwezigheid participatieve leiderschapsstijl	Sterk
Totaalscore	Voldoende/sterk

Tabel 12: Totaalscore organisatie F op variabele managen van de organisatorische integratie

Onderdeel veranderbereidheid

De laatste variabele van het kwalitatieve onderzoeksdeel is de veranderbereidheid van medewerkers. Deze variabele wordt door middel van 5 indicatoren beoordeeld met per casus een subscore die samen de totaalscore zullen vormen. Het gaat om de volgende indicatoren:

- Urgentiebesef verwijst naar de overtuiging dat een verandering nodig is; dat er een grote kloof is tussen de huidige staat van de organisatie en wat het zou moeten zijn.
- Geschiktheid is de overtuiging dat een specifieke verandering die is ontworpen om een discrepantie aan te pakken, de juiste is voor de situatie.
- Werkzaamheid verwijst naar de overtuiging dat de ontvanger van de wijziging en de organisatie een verandering succesvol kunnen implementeren.
- Steun is de overtuiging dat de formele leiders binnen de organisatie zich willen inzetten voor het succes van een verandering.
- En ten slotte weerspiegelt de laatste overtuiging dat de verandering voordelig is voor de ontvanger van de verandering; de ontvanger moet baat hebben bij de verandering (Armenakis et. al, 2009).

Urgentiebesef en geschiktheid

Er werd in deze case onderzocht waarom de fusie heeft plaatsgevonden en of de fusie ook een passende oplossing voor de situatie was waar de organisatie zich in bevond. De medewerkers uit ziekenhuis A noemen als belangrijkste reden dat 'beide huizen de fusie nodig hadden om zowel financieel als qua normen te kunnen voortbestaan' en noemen de fusie een passende oplossing. Medewerkers uit ziekenhuis F geven aan dat zij 'om sterk te blijven en zorg te kunnen concentreren' zijn gefuseerd en dit een logische en goede oplossing vonden voor de voormalig separate organisaties. Medewerkers uit ziekenhuis D geven als antwoord dat 'de fusiepartner van de kleine locatie niet had kunnen overleven zonder de nieuwe partner' en het daarom goed geweest is dat er een fusie kwam.

Uit de analyse blijkt dat het urgentiebesef en de geschiktheid van de fusie bij alle respondenten in sterke mate aanwezig is.

Ziekenhuis	Subscore urgentiebesef en geschiktheid
A	Sterk
D	Sterk
F	Sterk

Tabel 13: Subscores indicator urgentiebesef

Werkzaamheid

De onderzoeker wilde in deze case graag weten wat er precies van medewerkers werd verwacht bij het doorvoeren van de veranderingen, en of zij het gevoel hadden ook aan deze verwachting te kunnen voldoen. Vervolgens is de onderzoeker nog dieper ingegaan op dit onderwerp door te vragen welke veranderingen er precies werden geïmplementeerd, en of medewerkers deze als positief of negatief hebben ervaren. Een tweetal reacties wordt hier ter illustratie getoond:

“Er was een soort werkgroep waarin alle disciplines vertegenwoordigd waren en gezamenlijk werd er pas ‘een go’ gegeven om een afdeling te mogen verhuizen als deze hele groep hiermee had ingestemd. Zo dachten we met elkaar aan personele inzet, ICT, ondersteuning vanuit de paramedische diensten etc. Het meedenken in deze groep en de manier waarop we samen konden beslissen heb ik als zeer positief ervaren....]” Fysiotherapeut, ziekenhuis F

“We blijken na de fusie ruim 25 profielen te hebben waar we op de radiologie in onze roosterplanning rekening mee dienen te houden, en dat is nogal een opgave. Waar mensen dus tegenaan lopen is dat een dienst ruilen of iets wisselen veel moeilijker is geworden dan vroeger en dat is erg jammer...]” Medewerker radiologie, ziekenhuis F

Wat opvalt, is dat teamhoofden en managers uit alle drie de ziekenhuizen als antwoord op de vraag wat er precies van hen verwacht werd, aangeven dat zij zelf geen duidelijke opdracht hebben ontvangen en het daarom ook lastig hebben gevonden om duidelijke verwachtingen naar de teams toe uit te spreken.

Antwoorden over wat er dan ongeveer van hen verwacht werd, richten zich vooral op de items ‘proberen het team zo goed mogelijk door de verandering heen te helpen’ en

‘praktische zaken regelen zoals het organiseren van verhuizingen’. Omdat het voor deze laag onduidelijk is geweest wat er precies van hen verwacht werd, geeft zij ook aan niet te weten of ze achteraf gezien de juiste dingen heeft gedaan en daarmee aan de verwachtingen heeft voldaan.

Medewerkers van de werkvloer zijn positiever in hun uitspraken over dit onderwerp en geven aan dat er van hen verwacht werd dat zij naast het werk zouden meedenken met de veranderingen die op afdelingsniveau zouden plaatsvinden, en dat zij tijd zouden investeren in het opstellen van nieuwe werkwijzen en het inwerken van nieuwe collega’s.

Waar de leidinggevenden niet precies wisten wat er van hen verwacht werd, was dit voor medewerkers uit alle drie de ziekenhuizen wel duidelijk en geven deze respondenten aan het gevoel te hebben gehad in voldoende mate aan de verwachtingen te kunnen voldoen.

Op basis van deze analyse heeft de onderzoeker besloten de score van deze subcategorie als voldoende te beoordelen als gemiddelde van onderstaande (gesplitste) uitkomsten.

Ziekenhuis	Subscore werkzaamheid voor medewerker werkvloer	Subscore werkzaamheid voor leidinggevenden	Gemiddelde subscore
A	Sterk	Matig	Voldoende
D	Sterk	Matig	Voldoende
F	Sterk	Matig	Voldoende

Tabel 14: Subscores indicator werkzaamheid

Steun en vertrouwen

Uit de analyse blijkt dat de wijze waarop de leidinggevende steun heeft geboden aan het team en het aanwezige vertrouwen of de fusie een succes zou worden, wisselend werd ervaren. In ziekenhuis A en D is weinig tot geen steun ervaren, in ziekenhuis F was deze steun volgens de respondenten in voldoende mate aanwezig. Hierbij worden het vrijmaken van tijd, het zichtbaar zijn op de afdeling en het transparant omgaan met informatie als positieve punten genoemd waar het de ervaren steun betreft.

De respondenten uit ziekenhuis A en D geven aan dat zij de fusieperiode als zwaar ervaren hebben en geven ook aan af en toe te hebben getwijfeld of het wel goed zou komen.

“Ik wist dat ik er vanuit mijn rol vertrouwen in moest hebben en heb dit ook geprobeerd uit te dragen, maar ik dacht er soms zelf anders over....]” Teamleider ziekenhuis A.

In ziekenhuis F hadden respondenten meer vertrouwen in het slagen van de fusie. Zij hadden het gevoel dat er tijd nodig was om te wennen maar geloofden dat het plan dat er lag uitvoerbaar was. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat niet alle respondenten evenveel zin in de veranderingen hadden die de fusie met zich meebracht, maar men begreep het waarom van de fusie wel en had vertrouwen in een goede afloop.

Uit de analyse voor deze subcategorie komen onderstaande scores naar voren:

Ziekenhuis	Subscore ervaren steun en vertrouwen
A	Matig
D	Matig
F	Voldoende

Tabel 15: Subscores indicator ervaren steun en vertrouwen.

Persoonlijke voordelen

Om te kunnen achterhalen of medewerkers, zoals Armenakis (2009) in zijn onderzoek stelt, zelf ook baat hebben gehad bij de fusie, werd in deze case onderzocht of kon worden aangeven wat de persoonlijke voordelen van de fusie zijn geweest. Hierbij viel het de onderzoeker op dat respondenten niet alleen persoonlijke voordelen beschrijven, maar hier ook de ruimte nemen om voordelen voor het team te benoemen die een direct verband lijken te hebben met het eigen werkplezier. Dit zijn uitspraken zoals ‘we hebben nu een leuker team’ of ‘ik ervaar een betere samenwerking met mijn collega’s’. Op één respondent na die aangeeft geen persoonlijke voordelen te kunnen benoemen, geven alle overige medewerkers ten minste één persoonlijk voordeel aan waarbij de mogelijkheden om scholing te volgen, de afwisseling die het werk op de verschillende locaties biedt en het doormaken van de fusie als persoonlijk leerproces het meest worden genoemd. Er is daarmee door 14 van de 15 respondenten een persoonlijk voordeel van de fusie benoemd en daarmee lijken medewerkers zelf baat te hebben ervaren bij de fusie. Uit de analyse voor deze subcategorie komen onderstaande scores naar voren:

Ziekenhuis	Subscore persoonlijke voordelen
A	Voldoende
D	Voldoende
F	Voldoende

Tabel 16: Subscores indicator persoonlijke voordelen

Nadat alle subscores per casus zijn gegeven wordt in onderstaande tabel een overzicht van deze subscores getoond met een totaalscore per organisatie op de variabele veranderbaarheid.

Totaalscore van de variabele veranderbereidheid ziekenhuis A:

Indicator	Subscores
Urgentiebesef en geschiktheid	Sterk
Werkzaamheid	Voldoende
Steun en vertrouwen	Matig
Persoonlijke voordelen	Voldoende
Totaalscore	Voldoende

Tabel 17: Totaalscore organisatie A op de variabele veranderbereidheid

Totaalscore van de variabele veranderbereidheid ziekenhuis D:

Indicator	Subscores
Urgentiebesef en geschiktheid	Sterk
Werkzaamheid	Voldoende
Steun en vertrouwen	Matig
Persoonlijke voordelen	Voldoende
Totaalscore	Voldoende

Tabel 18: Totaalscore organisatie D op de variabele veranderbereidheid

Totaalscore van de variabele veranderbereidheid ziekenhuis F:

Indicator	Subscores
Urgentiebesef en geschiktheid	Sterk
Werkzaamheid	Voldoende
Steun en vertrouwen	Voldoende
Persoonlijke voordelen	Voldoende
Totaalscore	Voldoende

Tabel 19: Totaalscore organisatie F op de variabele veranderbereidheid

Hoofdstuk 5 Integrale analyse en verwachtingen

Na de analyse van de empirische resultaten in hoofdstuk 4 volgt in dit hoofdstuk een integrale analyse en bespreking van de verwachtingen.

5.1 Integrale analyse

De totaalscores van de factoren combinatiepotentieel, managen van het integratieproces en de veranderbereidheid worden in onderstaand overzicht per casus getoond. In de laatste kolom van het overzicht staan de scores op de afhankelijke variabele uit het kwantitatieve onderzoeksdeel. Dit integrale overzicht met resultaten vormt de basis voor de bespreking van de verwachtingen.

Ziekenhuis	Factor combinatiepotentieel	Factor managen van het integratieproces	Factor veranderbereidheid	Prestaties efficiëntie en effectiviteit winst na de fusie
A	Laag	Matig	Voldoende	Gemiddeld
D	Laag	Matig/Voldoende	Voldoende	Matig
F	Hoog	Voldoende/sterk	Voldoende	Uitstekend

Tabel 20 : Totaalscores organisaties A, D en F op de variabelen.

5.2 De verwachtingen

De opgestelde verwachtingen worden hieronder nogmaals beschreven en zullen daarna per verwachting worden toegelicht met behulp van de uit dit onderzoek gevonden data.

V1: De aanwezigheid van een hoog combinatiepotentieel in de pre-fusieperiode levert een positieve bijdrage aan de effectiviteit en efficiëntie van de fusie-organisatie.

Antwoord verwachting 1:

Het combinatiepotentieel bestaat uit de strategische gelijkens tussen organisaties waarbij de factoren het aantal bedden, de omzet, het productieaanbod, aantal medewerkers en de organisatiecultuur worden vergeleken.

De onderzoeker is interviews gaan afnemen in drie ziekenhuizen waarvan één met een hoog en twee met een laag combinatiepotentieel en heeft respondenten gevraagd naar het oordeel dat zij hadden over de eigen organisatiecultuur en het beeld dat zij voor de fusie hadden van de organisatiecultuur van het andere ziekenhuis om hiermee de vijfde indicator te kunnen scoren. Binnen alle drie de ziekenhuizen werden positieve uitspraken gedaan over de eigen organisatiecultuur. Medewerkers uit ziekenhuis F hadden een positieve perceptie waar het de organisatiecultuur van de fusiepartner betrof en in de ziekenhuizen A en D werd een weinig of neutraal aantrekkelijk beeld gescoord.

Kijkend naar de totaalscore van de ziekenhuizen op de factor combinatiepotentieel dan zien we dat de totaalscore van ziekenhuis F een hoge score is. Dit is ook het best scorende ziekenhuis waar het de effectiviteit en efficiëntie na de fusie betreft. De overige twee ziekenhuizen scoren een laag combinatiepotentieel en laten na de fusie minder goede prestaties zien. Hiermee kan verwachting 1 worden bekrachtigd, maar door het geringe aantal cases kan het verband niet hard empirisch worden vastgesteld. De inzichten die het verdiepende kwalitatieve onderzoeksdeel uit deze studie hebben gebracht, sluiten aan bij de verwachting dat een hoog combinatiepotentieel voordelen heeft voor de prestaties omdat medewerkers uit deze organisatie aangeven gelijkwaardigheid te ervaren en er samen het beste van te willen maken. Er werden geen uitspraken gedaan van angst voor overname en dat was in de organisaties met een laag combinatiepotentieel wel het geval. Daar kwam naar voren dat men door de cultuurverschillen lastig bij elkaar zou kunnen passen door o.a. het verschil in grootte van de voormalige ziekenhuizen en de daarbij passende familiecultuur van de kleinere locatie en de hiërarchische cultuur van de grote locaties.

V2: Het managen van de organisatorische integratie heeft een positief effect op de efficiëntie en effectiviteit van de organisatie en naar verwachting ook een positief effect op de veranderbereidheid van medewerkers.

Antwoord verwachting 2: voor medewerkers van de werkvloer bleek het lastig om de indicator 'op welke wijze heeft het bestuur en management het integratieproces begeleid' te beoordelen. Medewerkers gaven aan geen direct zicht te hebben op het management en/of zich er niet bewust mee bezig te houden, omdat zij zich vooral hebben geconcentreerd

op de veranderingen van het eigen werk. Afdelingshoofden en teamleiders hebben dit beeld wel en hun antwoorden wisselden van veel ondersteuning en begeleiding tot er werd niet geluisterd. De overige drie indicatoren konden wel door alle respondenten worden beoordeeld en daarmee zijn er voldoende data beschikbaar om een uitspraak te kunnen doen in dit onderzoek.

De totaalscore van de organisaties op de factor 'het managen van de organisatorische integratie' werd opgebouwd uit vier subscores en laat het volgende beeld zien: ziekenhuis A scoort matig op deze factor, ziekenhuis D een matig/voldoende en ziekenhuis F een voldoende/sterk.

Opvallend in de begeleiding van de organisatorische integratie was de aandacht van het management in ziekenhuis F voor de zachte kant van de integratie zoals het bespreken van cultuurverschillen, de noodzaak voelen om samen een nieuw team te vormen, en het geven van feedback. Medewerkers benoemen dit niet als bewuste actie van het management, maar spreken er wel hun waardering voor uit in de interviews. In de andere twee ziekenhuizen werden deze aspecten niet genoemd en richtte de begeleiding van het management zich sterk op de praktische kant van het integratieproces zoals teams helpen bij de verhuizing of het aanpassen van werkprocessen.

De wijze waarop het management de organisatorische integratie in ziekenhuis F heeft begeleid verschilt van de wijze waarop dit in de overige twee ziekenhuizen plaatsvond. Respondenten uit dit ziekenhuis hebben de verschillende indicatoren een voldoende tot sterke score gegeven, waarbij ook de leiderschapsstijl werd beoordeeld als voldoende participatief. In de overige twee ziekenhuizen ervaren respondenten weinig tot geen ruimte om te mogen participeren en/of input te leveren. Dit werd in alle lagen van de organisaties zo ervaren en resulteerde in lagere scores op de indicatoren waaronder een matige uitslag op de indicator participatieve stijl van leidinggeven.

Organisatie F scoort met een voldoende/sterke uitkomst op deze factor als beste van de drie ziekenhuizen. Ziekenhuis A heeft een matige score behaald en ziekenhuis D een matig/voldoende.

De aandacht van het management in ziekenhuis F voor de zachte kant van de integratie zoals het bespreken van cultuurverschillen, het geven van feedback en de participatieve stijl van leidinggeven hebben naar de indruk van de onderzoeker bijgedragen aan de positieve uitkomst. Dit spoort met de theoretische verwachting dat een hoge score op de factor 'het managen van het integratieproces' positief bijdraagt aan de efficiëntie en effectiviteit; ziekenhuis F is immers het best scorende ziekenhuis na de fusie. De analyse van deze studie laat zien dat medewerkers uit de organisatie met een goede totaalscore op deze indicator zich hebben willen inzetten voor de verandering, omdat ze zich gehoord hebben gevoeld. Medewerkers uit de ziekenhuizen A en D hadden behoefte aan begrip, een luisterend oor en het bespreken van problemen maar daar was vanuit het management weinig tot geen aandacht voor. Dat is als een groot gemis ervaren en heeft gezorgd voor een matige beoordeling waar het de begeleiding van het integratieproces betreft.

Op basis van de positieve uitspraken van medewerkers uit organisatie F kan worden aangenomen dat een hoge score op deze factor ook een positief effect heeft op de veranderbereidheid van medewerkers, maar binnen dit onderzoek is dat niet aangetoond omdat in alle drie de cases een gelijke totaalscore op de factor veranderbereidheid van medewerkers werd gescoord. Deze gelijke totaalscore is het resultaat van het gemiddelde van de subscores. Als de individuele subscores worden bekeken, zien we wel degelijk een verschil in de uitkomsten bij het onderdeel ervaren steun en vertrouwen van de leidinggevende. Daar scoort ziekenhuis F een voldoende en de overige twee organisaties een matig. Mogelijk verhindert de wijze waarop de subscores in dit onderzoek leiden tot de totaalscore de onderzoeker om op basis van de data deze verwachting te kunnen onderschrijven.

V3: Een sterke veranderbereidheid van medewerkers levert een positieve bijdrage aan de efficiëntie en effectiviteit van de organisatie.

Antwoord verwachting 3: de veranderbereidheid van medewerkers wordt bepaald door de indicatoren urgentiebesef, werkzaamheid, steun en vertrouwen en persoonlijke voordelen. De totaalscore van de organisaties op de factor 'veranderbereidheid van medewerkers' is

opgebouwd uit vier subscores en laat zoals bij de beantwoording van verwachting 2 al beschreven staat, het volgende beeld zien: alle drie de organisaties scoren een voldoende op de totaalscore van deze indicator. Als de subscores worden vergeleken is het onderlinge verschil de wijze waarop er steun ervaren is door de leidinggevenden (in organisatie A en D werd hier een matig gescoord en in organisatie F een voldoende) maar het gemiddelde komt in alle cases uit op een voldoende.

Urgentiebesef en geschiktheid

In alle cases werd de urgentie van de fusie ingezien en de geschiktheid van de fusie als passende oplossing gelabeld voor de situatie waar één van de twee, of beide organisaties in verkeerden.

Werkzaamheid

Leidinggevenden uit alle drie de ziekenhuizen bleken geen duidelijke opdracht te hebben gekregen vanuit het bestuur waar het de fusie betrof. Hierdoor was het lastig om uitspraken te doen over de werkzaamheid van hun opdracht, en kon men ook niet aangeven of er aan de verwachtingen werd voldaan. Medewerkers waren positiever over dit onderwerp en gaven aan dat zij concrete opdrachten kregen zoals het participeren in werkgroepen of inwerken van collega's en allen hadden hierbij het gevoel aan de vooraf gestelde verwachtingen te voldoen.

Steun en vertrouwen

In ziekenhuis A en D is matige steun van de leidinggevenden ervaren. In ziekenhuis F was de steun wel in voldoende mate aanwezig en was er vertrouwen in het plan dat de fusie uitvoerbaar was en zou slagen.

Persoonlijke voordelen

Uit de cases blijkt dat de drie meest genoemde voordelen 'het kunnen volgen van scholing, afwisseling van de werkzaamheden op de verschillende locaties en het doormaken van het fusieproces als persoonlijk leerdoel' zijn. Hiermee lijken de verschillende respondenten de ervaring te hebben dat zij persoonlijke voordelen uit de fusie hebben gehaald en scoort deze factor een voldoende.

Op basis van bovenstaande kan worden geconcludeerd dat de totale veranderbereidheid van medewerkers in de verschillende ziekenhuizen de score voldoende krijgt, waarbij de medewerkers in ziekenhuis A en D de subscore steun van hun leidinggevende de laagste beoordeling geven. Op basis van deze uitkomst kan verwachting 3 niet worden bevestigd. De organisaties hebben alle drie medewerkers met een voldoende score op de veranderbereidheid bij een verschillend resultaat op de afhankelijke variabele 'de efficiëntie en effectiviteit van de fusie organisatie'.

Samenvattend kan op basis van de analyse van de verschillende factoren het volgende worden gezegd.

In deze studie werd gevonden dat een hoog combinatiepotentieel een positieve bijdrage levert aan de prestaties van een organisatie na de fusie.

Voor de factor het managen van de organisatorische integratie geldt dat er binnen de drie cases verschillende totaalscores werden behaald die in twee gevallen tegenstrijdig zijn met de score op de afhankelijke variabele. Organisatie A scoort matig maar presteert na de fusie gemiddeld, organisatie D scoort een matig/voldoende op deze factor maar presteert na de fusie matig. Alleen organisatie F met een voldoende/sterke beoordeling laat ook goede prestaties zien. Voor de factor veranderbereidheid van medewerkers geldt dat de gemiddelde totaalscores van alle drie de organisaties met een voldoende, gelijk is bij variërende subscores en wisselende resultaten op de prestaties. De subscore steun van de leidinggevende krijgt alleen in organisatie F een voldoende beoordeling. In organisatie A en D een matig.

Een verklaring voor de tegenstrijdige uitkomsten bij organisatie A en D kan mogelijk worden gevonden in het tempo waarop het integratieproces werd vormgegeven. Uit de analyse blijkt dat dit tempo in organisatie A erg hoog lag. Mede hierdoor werd een matige score gegeven voor het managen van de organisatorische integratie, omdat medewerkers zich overvallen voelden en er continu ad hoc zaken geregeld moesten worden. Deze snelheid heeft er mogelijk wel voor gezorgd dat de organisatie na de fusie sneller op orde kwam waardoor er in het verslagjaar 2017 een gemiddelde score kon worden behaald op de

afhankelijke variabele in deze studie. Binnen organisatie D lag het tempo lager en kreeg de begeleiding van de organisatorische integratie een matig/voldoende score, maar presteerde het ziekenhuis in 2017 matig. Uit de analyse blijkt dat in deze case medewerkers aangeven dat het integratieproces lang duurt en er anno 2019 nog altijd veel onduidelijkheid bestaat over de strategische keuzes die de gefuseerde organisatie wil maken. De factor snelheid van het integratieproces is bij het opstellen van het conceptueel model van deze studie niet opgenomen. Op basis van de kwalitatieve data analyse verklaart deze bevinding mogelijk wel de tegenstrijdige uitkomsten van de factoren managen van de organisatorische integratie en op de afhankelijke variabele van dit onderzoek.

Hoofdstuk 6 conclusie en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk worden de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek beschreven door in te gaan op de door de onderzoeker beschreven hoofdvraag. Centraal in deze studie staat het integratieproces na een fusie en de mogelijke invloed van dit proces op de prestaties van ziekenhuizen.

6.1 Context van het onderzoek

Uit de verkenning van bestaande literatuur blijkt dat de uitgangspunten van New Public Management zoals de regulerende kracht van de markt en het verhogen van de efficiëntie en effectiviteit sinds de jaren tachtig ook steeds sterker binnen de zorgsector in Nederland terug te vinden zijn. Binnen de sector is een bepaalde mate van competitie geïntroduceerd met als gevolg dat zorginstellingen hun eigen positie proberen te versterken door prestaties steeds beter inzichtelijk te maken. Er bestaan zoals de literatuur beschrijft veel verschillende perspectieven waarop men publieke organisaties kan bekijken en beoordelen. De tegengestelde doelen en verschillende belangen van stakeholders liggen hieraan ten grondslag, en dit maakt het inzichtelijk maken van prestaties en het onderscheidend vermogen voor publieke organisaties een lastige opgave. Om aantrekkelijk te blijven en voldoende marktmacht te behouden kiezen organisaties voor verregaande vormen van samenwerking. Samen met andere wordt er gekozen voor verticale samenwerking om unieke producten te kunnen aanbieden of er wordt gekozen voor de samenwerking met een concurrent. Deze laatste variant wordt horizontale samenwerking genoemd en betekent in de praktijk vaak dat organisaties uiteindelijk zullen kiezen voor een fusie, zodat zij niet langer concurrenten zijn, maar een nieuwe organisatie kunnen vormen die meer macht heeft (Blank, 2013).

Fusies binnen de zorgsector zouden moeten bijdragen aan vergroting van de efficiëntie en effectiviteit van een organisatie. Uit onderzoek blijkt dat het samenvoegen van organisaties niet automatisch leidt tot schaalvoordelen, maar dat de wijze waarop de integratie wordt vormgegeven van invloed is op het uiteindelijke succes van de gefuseerde organisatie.

Middels een kwantitatief en kwalitatief onderzoek is in onderhavig onderzoek geprobeerd inzicht te verschaffen in het effect dat het integratieproces kan hebben binnen de context van Nederlandse ziekenhuizen. Dit leidde tot de volgende hoofdvraag:

Wat is de invloed van de factoren combinatiepotentieel, management van de organisatorische integratie en veranderbereidheid van medewerkers op de verschillen tussen pre- en post-fusieprestaties (in termen van effectiviteit en efficiëntie) van ziekenhuizen?

6.2 Conclusies

Voor de beoordeling van de pre- en post-fusieprestaties heeft de onderzoeker een vergelijking gemaakt van in totaal twintig ziekenhuizen die in 2015 gefuseerd zijn. De jaren 2013 en 2017 werden gebruikt om het betreffende ziekenhuis voor en na de fusie te beoordelen waarna een onderlinge vergelijking werd gemaakt waar het de efficiëntie en effectiviteit betrof. Er blijken verschillen in de onderlinge prestaties te zijn waarbij op het onderdeel efficiëntie zes van de tien ziekenhuizen beter scoren dan voor de fusie omdat zij minder middelen inzetten, een hoger aantal patiënten behandelen en acceptabele en/of verbeterde wachttijden laten zien. Vier ziekenhuizen scoren minder goed dan voor de fusie omdat zij meer middelen inzetten bij een lager aantal te behandelen patiënten. De effectiviteit van alle tien de gefuseerde ziekenhuizen is verbeterd na de fusie omdat er minder eerste polikliniekbezoeken en een gelijkblijvend of lager aantal klinische opnamen wordt geregistreerd. De sterk wisselende toegangstijden tot de polikliniek zijn hier wel een opvallende factor en bevestigen het beeld dat er ook op het onderdeel effectiviteit verschillen zijn.

Als het totaaloverzicht van de onderlinge verschillen in prestaties wordt bekeken, kan worden geconcludeerd dat in totaal zes van de tien ziekenhuizen na de fusie beter presteren in termen van effectiviteit en efficiëntie samen, als maat voor de synergie realisatie. Daarmee kan worden gesteld dat het simpelweg samenvoegen van organisaties niet automatisch leidt tot betere prestaties. Deze bevinding sluit aan bij bestaande literatuur die voor deze studie is geraadpleegd en bevestigt dat deze theorie ook in de context van Nederlandse ziekenhuizen klopt.

Na het beoordelen van de prestaties zijn van de zes ziekenhuizen die beter presteerden dan voor de fusie, een uitstekend, gemiddeld en matig scorend ziekenhuis geselecteerd en binnen deze drie cases werd de invloed van de onafhankelijke variabelen *het combinatiepotentieel*, *managen van de organisatorische integratie* en *de veranderbereidheid van medewerkers* nader onderzocht met als doel het kunnen verklaren van de verschillen in prestaties van gefuseerde ziekenhuizen. Ter beantwoording van dit deel van de hoofdvraag werd in dit onderzoek een drietal verwachtingen opgesteld, die alle een positieve relatie tussen deze factoren en synergierealitatie na een fusie veronderstelden.

Op basis van een kwalitatieve analyse van persoonlijke interviews met respondenten werden de drie organisaties met elkaar vergeleken. Hieruit bleek dat alleen het ziekenhuis met een hoog *combinatiepotentieel*, waarbij de respondenten de factoren *het begeleiden van de organisatorische integratie* en *de veranderbereidheid van medewerkers* beoordeelden als voldoende of sterk aanwezig, ook de beste/grootste synergierealitatie liet zien. De overige twee ziekenhuizen scoorden een laag *combinatiepotentieel* en lieten weliswaar betere prestaties zien dan voor de fusie, maar in vergelijking met het ziekenhuis dat uitstekend scoort op de prestaties, scoren zij op de onafhankelijke variabelen *het managen van de organisatorische integratie* beiden minder goed, en behalen een gelijke score op de factor *veranderbereidheid van medewerkers*.

Deze studie laat zien dat een hoog *combinatiepotentieel* ook binnen ziekenhuizen een belangrijke factor is, omdat het een positieve bijdrage levert aan de prestaties van een organisatie na de fusie. Dat scherpt de bevindingen binnen de bestaande literatuur van Marks, Mirvis en Brajkovich (2001) aan, omdat dit tot op heden binnen ziekenhuizen in Nederland nog niet werd onderzocht.

Voor de factor *het managen van de organisatorische integratie* geldt dat er binnen de drie cases verschillende totaalscores werden behaald die in twee gevallen tegenstrijdig zijn met de verwachting. Het tempo waarop het integratieproces werd vormgegeven, is bij het opstellen van het conceptueel model van deze studie niet als factor opgenomen. Op basis van de kwalitatieve-data-analyse verklaart deze bevinding mogelijk wel de tegenstrijdige uitkomsten van de factoren *managen van de organisatorische integratie* op de afhankelijke variabele van dit onderzoek. In organisatie A wordt namelijk een hoog tempo ervaren waar

het het integratieproces betreft en in organisatie D gaat het volgens respondenten allemaal (te) langzaam. Alleen organisatie F met een voldoende/sterke beoordeling op deze factor laat ook goede prestaties zien. Voor de factor 'het managen van de organisatorische integratie' geldt dat de snelheid waarmee het integratieproces wordt doorgevoerd mogelijk effect heeft op de wijze waarop medewerkers het management beoordelen en de mogelijkheid van een organisatie om na de fusie te kunnen presteren.

Voor de factor veranderbereidheid van medewerkers geldt dat de gemiddelde totaalscores van alle drie de organisaties met een voldoende gelijk is, bij wisselende resultaten op de prestaties. De gelijke uitkomst op de totaalscore kan worden verklaard door de wijze waarop de totaalscore voor deze factor in deze studie is opgebouwd. Er wordt een gemiddelde genomen van vier subscores waardoor het zicht op de onderlinge verschillen in subscores vervalft. Het opmerkelijke verschil in deze studie is de subscore steun en vertrouwen van de leidinggevende die in organisatie F de score voldoende krijgt. Hierbij worden het vrijmaken van tijd, het zichtbaar zijn op de afdeling en het transparant omgaan met informatie als positieve punten genoemd waar het de ervaren steun betreft. Medewerkers in organisatie A en D geven aan dat zij weinig of geen steun ervaren hebben en deze organisaties scoren ook minder goed waar het de prestaties betreft.

Met de uitkomst van dit onderzoek kan de positieve relatie van de individuele factoren managen van de organisatorische integratie en de veranderbereidheid van medewerkers op de synergierealitatie niet worden bevestigd. Wel kan worden gesteld dat een combinatie van hoge scores op deze factoren en de factor combinatiepotentieel, een positieve bijdrage levert aan de prestaties van een gefuseerd ziekenhuis. Deze bevinding sluit aan bij de wetenschappelijke literatuur die zegt dat synergie wordt bereikt als de som van de combinatie efficiënter en/of effectiever is dan de organisaties los van elkaar waarbij er verschillende eindstadia bestaan. Deze eindstadia kunnen bestaan uit behoud, waarin een van de twee fusiepartners zoveel mogelijk zijn eigen manier van werken behoudt. Absorptie wordt gezien bij een fusie tussen twee partijen waarvan een van de twee groter is, en de andere partij wordt geassimileerd in zijn cultuur en de laatste eindstaat is volledige synergie (Marks et al., 2001). In deze studie zien we twee organisaties met een laag combinatiepotentieel (de fusiepartner is veel groter) waarbij de eindstaat absorptie wordt

herkend. Op basis van de uitkomsten van zowel de kwantitatieve als kwalitatieve data uit deze studie is alleen bij organisatie F volledige synergie realisatie aangetoond, waarbij het hoge combinatiepotentieel en de wijze waarop de integratie door het management werd vormgegeven van aantoonbare invloed zijn geweest op het uiteindelijke succes.

6.3 Aanbevelingen

Binnen Nederlandse ziekenhuizen blijken verschillen te bestaan in de hoogte van het combinatiepotentieel en de manier waarop er aandacht is voor het managen van de organisatorische integratie en de veranderbereidheid van medewerkers. Mogelijk dat er bij een voorgenomen fusies onvoldoende aandacht is voor deze factoren, terwijl zij dit wel verdienen omdat zij bijdragen aan het succes.

De onderzoeker wil in het kader van het verbeteren van fusieprocessen raden van bestuur op basis van de uitkomsten van deze studie graag de volgende aanbevelingen doen.

Houd rekening met het combinatiepotentieel

Uit deze studie blijkt het combinatiepotentieel een factor van belang voor het succes van de prestaties van een organisatie na een fusie. Uit de analyse komt naar voren dat organisaties met een hoge mate van verwantschap in de pre-fusiefase, uiteindelijk beter presteren als zij gefuseerd zijn. Het element organisatiecultuur behoeft hier speciale aandacht, omdat de perceptie van de cultuur van de fusiepartner een belangrijke rol speelt bij de integratie. Bij toekomstige fusies is het van belang hier rekening mee te houden en een goede afweging te maken of de fusie wel een succes kan worden als de factor combinatiepotentieel een lage score krijgt in de precombinatiefase.

Aandacht voor het tempo

Respondenten uit het ziekenhuis waar de fusie relatief snel is doorgevoerd, geven aan weinig tijd te hebben gehad om zich goed voor te kunnen bereiden en hierdoor ontstond de situatie dat veranderingen 'ad-hoc' moesten worden doorgevoerd en medewerkers het gevoel kregen achter de feiten aan te lopen. Dit resulteerde in een gevoel van minimale betrokkenheid van medewerkers bij het proces. In de organisatie waar het integratieproces

volgens de respondenten (te) lang duurt is onvrede over de onduidelijke koers omdat een aantal strategische keuzes van de gefuseerde organisatie nog altijd niet duidelijk is. De aanbeveling is daarom een goede balans te vinden tussen de snelheid en zorgvuldigheid bij de begeleiding van een fusie.

Formuleer een duidelijke opdracht

Omdat het management uit alle drie de ziekenhuizen heeft aangegeven geen duidelijke fusie-opdracht te hebben gekregen, en daarom ook niet kon aangeven welke verwachtingen er aan hen gesteld werden, lijkt het op basis van deze constatering wenselijk dat er door het bestuur een duidelijke opdracht geformuleerd wordt aan het managementteam zodat deze de fusiestrategie kan vertalen naar de afdelingen en teams. Er wordt in de huidige situatie mogelijk te veel van uitgegaan dat 'iedereen wel weet wat hij of zij moet doen' en dat brengt het risico met zich mee dat de uitkomsten uiteindelijk niet het gewenste resultaat opleveren.

Deel actief informatie en luister

Ondanks dat uit de gesprekken met verschillende leidinggevenden blijkt dat zij zich veelal bewust zijn van het belang van het managen van de organisatorische integratie, verschilt de wijze waarop de verschillende organisaties aandacht geven aan dit onderwerp. Uit deze studie kwam naar voren dat de aspecten 'medewerkers uitnodigen om te participeren', het 'actief informatie delen op afdelingsniveau' en 'cultuurverschillen bespreekbaar maken' onderbelicht lijken. Dit zou verder ontwikkeld kunnen worden binnen de fusie strategieën van Nederlandse ziekenhuizen zodat medewerkers zich gehoord voelen en actief willen bijdragen aan de verandering.

6.4 Discussie

In deze discussie wordt gereflecteerd op de wijze waarop dit onderzoek is uitgevoerd.

Een eerste beperking van deze studie is het feit dat vanwege beperkte tijd er maar binnen drie ziekenhuizen in Nederland interviews zijn afgenomen. Een mogelijkheid voor vervolgonderzoek zou dan ook kunnen zijn om de resultaten nader te toetsen in een

enquête, zodat er op grootschalige wijze getest kan worden in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn.

De tweede beperking is de wijze waarop de selectie van respondenten voor de interviews heeft plaatsgevonden. Het was voor de onderzoeker niet mogelijk om een aselechte steekproef te nemen, omdat zij afhankelijk was van de voor haar bestaande contacten binnen de geselecteerde ziekenhuizen. Dit waren veelal leidinggevenden die naast zichzelf een aantal medewerkers hebben gevraagd te participeren in het onderzoek. De mogelijkheid bestaat dat dit een selectief proces is geweest waardoor bijvoorbeeld alleen medewerkers die een overwegend positief beeld hebben, zijn geïnccludeerd.

Het laatste onderwerp dat de onderzoeker hier wil bespreken, is geen beperking maar een belangrijke vondst in deze studie. Het betreft de factor snelheid van het fusieproces zelf. Dit werd in dit onderzoek niet meegenomen, maar een aantal respondenten heeft aangegeven dat dit mogelijk een bepalende factor was als het gaat om de mate waarin zij zich betrokken hebben gevoeld en de ruimte kregen om te participeren. Omdat de snelheid van het integratieproces in één van drie ziekenhuizen beduidend hoger lag en in een ander ziekenhuis juist laag, heeft dit de uitkomsten mogelijk negatief beïnvloed en was een vergelijking van de begeleiding met betrekking tot het integratieproces tussen de ziekenhuizen minder goed mogelijk. In de bestudeerde literatuur voor dit onderzoek werd de factor snelheid door de onderzoeker niet direct teruggevonden, maar mogelijk dat hier op basis van de uitkomsten van deze studie, in toekomstig onderzoek naar fusies wel rekening mee gehouden dient te worden.

Literatuur

- Adler, P. S., & Borys, B. (1996). Two Types of Bureaucracy: Enabling and Coercive. *Administrative Science Quarterly*, 41(1), 61. <https://doi.org/10.2307/2393986>
- Alexander, J. A., Halpern, M. T., & Lee, S. Y. (1996a). The short-term effects of merger hospital operations. *Health Services Research*, 30(6), 827–847. Geraadpleegd van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.eur.idm.oclc.org/pmc/articles/PMC1070095/>
- Alexander, J. A., Halpern, M. T., & Lee, S. Y. (1996b). The short term effects of merger on hospital operations. *Health Serv Res.*, 30(6), 827–847. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.eur.idm.oclc.org/pmc/?cmd=Search&term=0017-9124%5Bjour%5D+AND+30%5Bvolume%5D+AND+827%5Bpage%5D+AND+1996%5Bdat%5>
- Anshof (1971) in Connell, R. B. (2008). Why Companies Do Not Pursue Attractive Mergers and Acquisitions. Retrieved February 3, 2019, from <https://books.google.nl/books?id=8P8LmN2taMwC>
- Armenakis, A.A., Harris, S.G. and Mossholder, K.W. (1993) Creating readiness for organizational change, *Human Relations*, 46(6), pp. 1–23.
- Armenakis, A.A., Harris, S.G. and Feild, H.S. (1999) Making change permanent: a model for institutionalizing change, in: W. Pasmore and R. Woodman (eds) *Research in Organization Change and Development*, vol. XII, pp. 97–128 (Greenwich, CT: JAI Press, Inc).
- Armenakis, A. A., & Harris, S. G. (2009). Reflections: our Journey in Organizational Change Research and Practice. *Journal of Change Management*, 9(2), 127–142. <https://doi.org/10.1080/14697010902879079>
- Baarda, D.B., & Goede, de, M.P.M. (2006). *Basisboek Methoden en technieken*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Blank, J. (2013). Illusies over fusies. Een kritische beschouwing over de schaalvergroting in de Nederlandse publieke sector 1985-2012. Geraadpleegd op 24 november 2018, van https://www.bestuurskunde.nl/wordpress/wp-content/uploads/2015/12/Illusies_over_fusies_oratie_dr._Jos_Blank_4_september_2015.pdf
- Bijlsma-Frankema, K. (2001). On managing cultural integration and cultural change processes in mergers and acquisitions. *Journal of European Industrial Training*, 25, 192-207. Geraadpleegd op 3 februari 2009, van <https://www-emeraldinsight-com.eur.idm.oclc.org/doi/full/10.1108/03090590110395807>
- Boonstra, J. (2010). *Leiders in cultuurverandering*. Assen: Van Gorcum.
- Bovens, M. A. P., 't Hart, P., & Van Twist, M. J. W. (2012). *Openbaar bestuur: beleid, organisatie en politiek* (8e ed.). Deventer, Nederland: Wolters-Kluwer.
- By, R., Diefenbach, T. and Klarner, P. (2008) Getting organizational change right in public services: the case of European higher education, *Journal of Change Management*, 8(1), pp. 21–35.
- Cartwright, S. & Cooper, C.L. (1993). The role of culture compatibility in successful organizational marriage. *Academy of Management Executive*, 7, 57-70.
- Cartwright, S. & Cooper, C.L. (2012). *Managing mergers acquisitions and strategic alliances*. Abingdon: Routledge.
- Deal, T.E. & Kennedy, A.A. (2008). *The new corporate cultures: revitalizing the workplace after downsizing, mergers, and reengineering*. New York: Basic Books.
- Deloitte & Touche (2002). Solving the merger mystery. *Financial Times*, 12 februari.
- Desmidt, S., & Heene, A. (2013). *Strategisch management: een handboek voor de publieke sector*. Tielt, België: Lannoo.
- Dorling, J. L. (2017). Impact of psychological capital on the resistance to change during post-merger integration. *Journal of Organizational Change Management*, 30(6), 936–956. <https://doi.org/10.1108/jocm-11-2015-0199>

- Ellis, K. 2004., Managing the Acquisition Process: Do Differences Actually Exist Across Integration Approaches. In *Mergers and Acquisitions: Creating Integrative Knowledge*, Pablo, A. and Javidan, M. (editors), Blackwell Publishing: Oxford, UK.
- Elsass, P.M. & Veiga, J.F. (1994). Acculturation in acquired organizations: a force-field perspective. *Human Relations*, 47, 431-453.
- Ferrier, G. D., & Valdmanis, V. G. (2004). Do Mergers Improve Hospital Productivity? *The Journal of the Operational Research Society*, 55(10), 1071–1080. Geraadpleegd van <https://www.jstor.org/stable/4101953>
- Gaggiotti, H. (2012). The rhetoric of synergy in a global corporation. *Journal of Organizational Change Management*, 25 (2), 265-282.
- Hart, H., Boeije, H. & Hox, J. (2005) *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam. Boom.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- International Development Research Centre (1999). Enhancing organizational performance. A toolbox for self-assessment. IDRC Books: Ottawa, Canada.
- Jones, J. M. (2003). The Impact of a Tri-hospital Merger: Dual or Dueling Culture and Commitment. *The Journal of Nursing Administration*, 33(4), 235–242. Geraadpleegd van <https://ovidsp-tx-ovid-com.eur.idm.oclc.org>
- Ketchen, D.J., Thomas, J.B., & McDaniel, R.R. (1996). Process, content and context: Synergistic Effects on Organizational Performance. *Journal of Management*, 22(2), 231-257. [https://doi.org/10.1016/S0149-2063\(96\)90048-3](https://doi.org/10.1016/S0149-2063(96)90048-3)
- Kumar, S. & Bansal, L.K. (2008). The impact of mergers and acquisitions on corporate performance in India. *Management Decision*, 46 (10), 1531-1543.
- Kummer, C. & Steger, U. (2008). Why Merger and Acquisition (M&A) Waves Occur: The Vicious Circle from Pressure to Failure. *Strategic Management Review* (2)1, 44-63
- Larsson, R., & Finkelstein, S. (1999). Integrating Strategic, Organizational, and Human Resource Perspectives on Mergers and Acquisitions: A Case Survey of Synergy Realization. *Organization Science*, 10(1), 1–26. Geraadpleegd van <https://www.jstor.org/stable/2640385>
- Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 23 No. 6, pp. 695-706. <https://doi-org.eur.idm.oclc.org/10.1002/job.165>
- Luthans, B.C., Luthans, K.W. and Jensen, S.M. (2012). The impact of business school students' psychological capital on academic performance, *Journal of Education for Business*, Vol. 87 No. 5, pp. 253-259.
- Marks, M. L., Mirvis, P. H., & Brajkovich, L. F. (2001). Making Mergers and Acquisitions Work: Strategic and Psychological Preparation. *The Academy of Management Executive* (1993-2005), 15(2), 80–94. Geraadpleegd van <https://www.jstor.org/stable/4165737>
- Minvielle, E., Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A., Jeantet, M., Préaubert, N., . . . Richard, C. (2008). Hospital performance: Competing or shared values? *Health Policy*, 87(1), 8–19. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.09.017>
- Pablo, A. L. (1994). Determinants of Acquisition Integration Level: A Decision-Making Perspective. *The Academy of Management Journal*, 37(4), 803–836. Geraadpleegd van <https://www.jstor.org/stable/256601>
- Price, J. L. (1972). The Study of Organizational Effectiveness. *The Sociological Quarterly*, 13(1), 3–15. Geraadpleegd van <https://www-jstor-org.eur.idm.oclc.org/stable/4105817>
- Puranam, P. H., Singh, H., & Chaudhuri, S. (2009). Integrating Acquired Capabilities: When Structural Integration Is (Un)necessar. *Organization Science*, 20(2), 313–328. Geraadpleegd van <https://www.jstor.org/stable/25614658>
- Quinn, R. E., & Rohrbaugh, J. (1983). A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science*, 29(3), 363–377. Geraadpleegd van <http://links.jstor.org/sici?sici=0025-1909%28198303%2929%3A3%3C363%3AASMOEC%3E2.0.CO%3B2-R>

- Sinay, U. A., & Campbell, C. R. (1995). Scope and Scale Economies in Merging Hospitals Prior to Merger. *Journal of Economics & Finance*, 19(2), 107–123. Geraadpleegd van <https://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=9004174&S=R&D=buh&EbscoContent=dGJyMNLe80SeqLc4zOX00LCmr1Cep7JSs6a4S7SWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGptU%2B0prBQuePfgex44Dt6fIA>
- Sinay, T., & Campbell, C. R., (2002). Strategies for more efficient performance through hospital merger. *Health Care Management Review*, 17(1), 33-49. Geraadpleegd van <http://ovidsp.tx.ovid.com.eur.idm.oclc.org/sp-3.32.2a>
- Smeets, V., Ierulli, K. & Gibbs, M. (2012). *An empirical analysis of post-merger organizational integration*. Aarhus: Aarhus University.
- Smit, W. (2016). Hoe kunnen we samen door een deur? Geraadpleegd op 3 februari 2019, van <https://www.managementexecutive.nl>
- Sparrow, P., & Cooper, C. (2014). Organizational effectiveness, people and performance: new challenges, new research agendas. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 1(1), 2–13. <https://doi.org/10.1108/joepp-01-2014-0004>
- Starkweather, D. B. (1971). Health Facility Mergers: Some Conceptualizations. *Medical Care*, 9(6), 468–478. Geraadpleegd van <https://www.jstor.org/stable/3762461>
- Swanborn, P.G. 2002. *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Talma Instituut VU. (2018, 29 januari). Ziekenhuisfusies en publieke doelen. Geraadpleegd op 15 september 2018, van <https://www.tweedekamer.nl/downloads/document>
- Verschuren, P. H., & Doorewaard, H. (2015). *Het ontwerpen van een onderzoek* (5e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom Lemma.
- Westers, F., & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve analyse. Uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho.

Bijlage 1 Overzicht fusies in de ziekenhuiszorg 2015-2017

Overzicht fusies in de ziekenhuiszorg 2015-2017			
Deze tabel dient als achtergrond informatie bij het onderwerp ziekenhuiszorg in Volksgezondheidszorg.info.			
Voor meer informatie zie: https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/aanbod-ziekenhuiszorg#node-fusies-tussen-ziekenhuizen			
Gefuseerde ziekenhuizen	Ziekenhuisorganisatie	Soort fusie	Datum fusie
Refaja Ziekenhuis en Scheper-Bethesda Ziekenhuis (Leveste)	Treant Ziekenhuiszorg	Juridische fusie	2015
Gemini Ziekenhuis en Medisch Centrum Alkmaar	Noordwest Ziekenhuisgroep	Juridische fusie	2015
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Juridische fusie	2015
Diaconessenhuis Leiden en Rijnland Ziekenhuis	Alrijne Ziekenhuis	Juridische fusie	2015
Medisch Centrum Haaglanden en Stichting Bronovo-Nebo	MCH (Medisch Centrum Haaglanden)	Juridische fusie	2015
Sint Franciscus Gasthuis en Vlietland Ziekenhuis	Stichting Sint Franciscus Vlietland Groep	Juridische fusie	2015
Franciscus Ziekenhuis en Lievensberg Ziekenhuis	Stichting Bravis Ziekenhuis	Juridische fusie	2015
Atrium MC Parkstad en Orbis Medisch en Zorgcentrum	Zuyderland Medisch Centrum	Juridische fusie	2015
Kennemer Gasthuis en Spaarne Ziekenhuis	Spaarne Gasthuis	Juridische fusie	2015
TweeSteden ziekenhuis en Elisabeth ziekenhuis	Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis ETZ	Juridische fusie	2015
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis met St. Antonius Ziekenhuis	Stichting St. Antonius Ziekenhuis	Juridische fusie	2016
Isala Klinieken en Isala Diaconessenhuis	Isala	Juridische fusie	2017
Waterlandziekenhuis en Westfriesgasthuis		Juridische fusie	2017
Isala Klinieken en Zorgcombinatie Noorderboog	Isala	Bestuurlijke fusie	2015
Koningin Beatrix Streekziekenhuis en Slingeland ziekenhuis		Bestuurlijke fusie	2017
VieCuri en Laurentius Ziekenhuis		Coöperatie	2016
De Sionsberg door ZuidOostZorg, DC Klinieken en Cardiologie Centra Nederland	Sionsberg (polikliniek)	Overname	2015
Langeland ziekenhuis door Reinier Haga Groep	Reinier Haga Groep	Overname	2015
Ommelander Ziekenhuis door het Universitair Medisch Centrum Groningen	Ommelander Ziekenhuis Groningen b.v.	Overname	2015
Admiraal de Ruyter Ziekenhuis door Erasmus MC	ADRZ BV, zelfstandig ziekenhuis binnen de holding van het Erasmus MC	Overname	2017

Overzicht overgenomen van www.volksgezondheidszorg.info en geraadpleegd op 18-05-2019

Bijlage 2: Uitwerking dataverzameling onderdeel combinatiepotentieel:

Data ziekenhuizen van voor de fusie (verslagjaar 2013)

Naam organisatie na de fusie	Omvang (aantal bedden)	Omzet (totale bedrijfsopbrengst verslagjaar 2013)	Producten aanbod (voor de fusie)	Aantal medewerkers	Score: hoog, gemiddeld of laag combinatiepotentieel?
A	470	196.615.020	ZVW AWBZ	1856	laag
	300	90.669.173	ZVW	1133	
B	555	340.412.000	ZVW PAAZ	3307	gemiddeld
	551	191.571.309	ZVW	2221	
C	662	288.346.786	ZVW	3249	laag
	237	85.509.110	ZVW	1014	
D	848	358.667	ZVW AWBZ	4773	laag
	199	34.176.427	ZVW	1028	
E	240	181.322.000	ZVW	2016	laag
	556	240.685.000	ZVW PAAZ	3196	
F	451	176.660.000	ZVW PAAZ	2256	hoog
	347	139.191.419	ZVW	1802	
G	684	275.503.219	ZVW	3597	laag
	411	202.962.929	ZVW Thuiszorg Revalidatie GGZ	2189	
H	310	121.328.000	ZVW	1496	hoog
	367	113.683.109	ZVW PAAZ	1523	
I	361	159.254.543	ZVW	1774	hoog
	468	206.036.707	ZVW	2180	
H	540	275.088.000	ZVW	3023	laag
	300	135.997.725	ZVW	1405	

Bijlage 3: Uitwerking dataverzameling onderdeel efficiëntie:

Data ziekenhuizen van voor de fusie (verslagjaar 2013) na de fusie (verslagjaar 2017) en de actuele wachttijd voor behandeling in 2019

Totale inzet middelen voor de fusie	Aantal DBC's voor de fusie	Naam organisatie na de fusie	Totale inzet middelen na de fusie	Aantal DBC's na de fusie	Langste wachttijd behandeling 2019 korter dan het landelijk gemiddelde? (*zie bijlage 6)	Efficiëntie winst?
Bedden 770 Fte 2196	335.499	A	Bedden: 497 Fte: 2072	350.834	Nee	Ja, minder middelen en meer DBC's
Bedden: 1106 Fte: 4148	519.318	B	Bedden: 780 Fte: 4558	706.179	Nee	Ja, meer middelen maar veel hoger aantal DBC's
Bedden: 938 Fte: 3111	387.287	C	Bedden: 824 Fte: 3308	440.975	Nee	Nee, meer middelen voor minimale stijging aantal DBC's
Bedden: 1047 Fte: 4291	447.854	D	Bedden: 1065 Fte: 3528	582.236	Nee	Ja, minder middelen en meer DBC's bij gemiddelde wachttijden behandeling binnen treeknorm
Bedden: 976 Fte:3814	474.181	E	Bedden: 981 Fte: 4202	485.275	Ja	Nee, meer middelen en minimale stijging DBC's
Bedden: 798 Fte: 2981	405.724	F	Bedden: 611 Fte:2997	450.111	Ja	Ja, minder middelen, hoger aantal DBC's en wachttijd binnen treeknorm

Bedden: 1095 Fte: 4295	562.721	G	Bedden: 1023 Fte: 4389	522.698	Ja	Nee, meer middelen en minder DBC's.
Bedden: 677 Fte: 2087	287.893	H	Bedden: 636 Fte: 2026	311.504	Nee	Ja, minder middelen en meer DBC's.
Bedden: 829 Fte: 3058	393.903	I	Bedden: 927 Fte: 3213	442.057	Nee	Nee, meer middelen en minimale stijging aantal DBC's.
Bedden: 840 Fte: 3529	398.493	J	Bedden: 722 Fte: 3398	503.173	Nee	Ja, minder middelen en meer DBC's

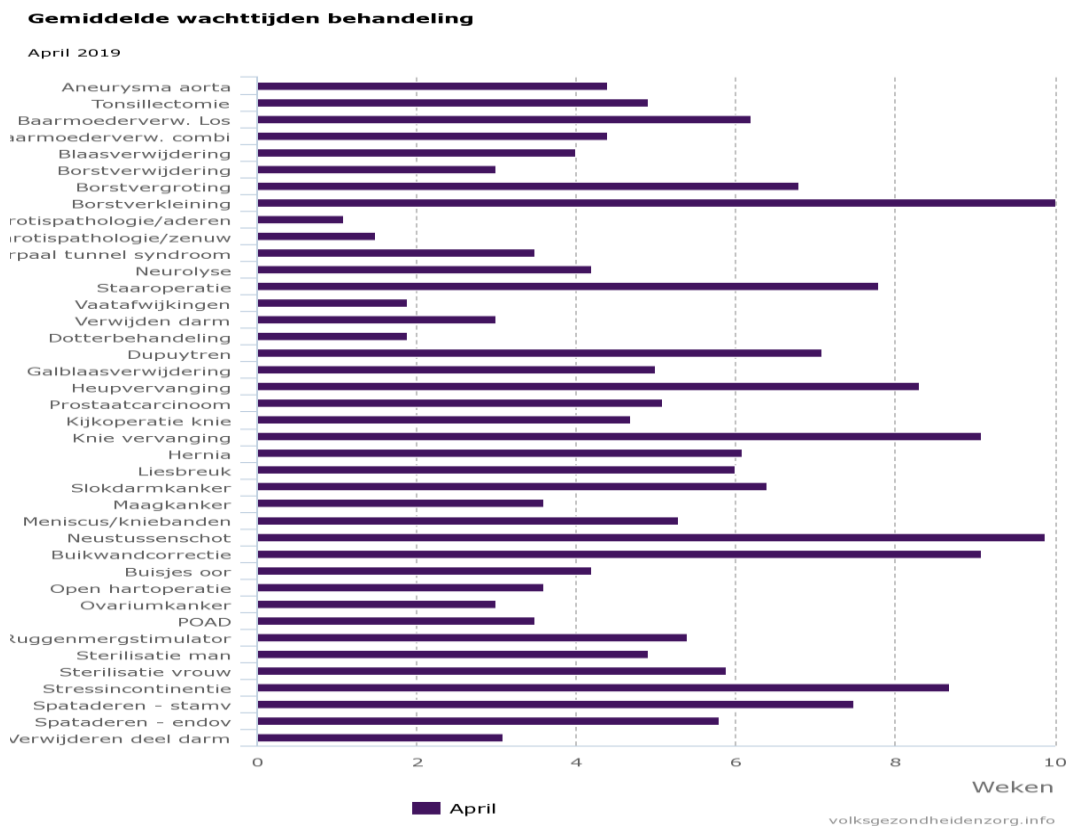
Bijlage 4: Uitwerking dataverzameling onderdeel effectiviteit:

Data ziekenhuizen van voor de fusie (2013) en daarna (2017) en de actuele toegangstijd tot de polikliniek (2019).

Totaal aantal patiënten voor de fusie in 2013 (1 ^e poli bezoek en aantal klinische opnames)	Naam organisatie na de fusie	Totaal aantal patiënten na de fusie in 2017 (1 ^e poli bezoek en aantal klinische opnames)	Gemiddelde langste toegangstijd Polikliniek 2019 binnen treetnorm?	Gemiddelde langste toegangstijd polikliniek 2019 korter dan landelijk gemiddelde? (*zie bijlage 7)	Effectiviteitswinst na de fusie?
1 ^e polibezoek: 204.196 Aantal klinische opnames: 27.326	A	1 ^e polibezoek: 148.469 Aantal klinische Opnames: 21.433	Nee	Ja	Minder 1 ^e poli en klinische opnames bij een gemiddelde langste toegangstijd polikliniek > 4 weken
1 ^e polibezoek: 271.796 Aantal klinische Opnames: 48.823	B	1 ^e polibezoek: 237.689 Aantal klinische Opnames: 38.531	Nee	Ja	Minder 1 ^e poli en klinische opnames bij een gemiddelde langste toegangstijd polikliniek > 4 weken
1 ^e polibezoek: 224.369 Aantal klinische opnames: 40.628	C	1 ^e polibezoek: 184.001 Aantal klinische opnames: 37.839	Nee	Ja	Minder 1 ^e poli en klinische opnames bij een gemiddelde langste toegangstijd polikliniek > 4 weken
1 ^e polibezoek: 298.307 Aantal klinische opnames: 51.253	D	1 ^e polibezoek: 229.854 Aantal klinische opnames: 43.492	Nee	Nee	Minder 1 ^e poli en klinische opnames bij een gemiddelde langste toegangstijd > 4 weken
1 ^e polibezoek: 269.758 Aantal klinische opnames: 44.229	E	1 ^e polibezoek: 201.071 Aantal klinische opnames: 40.146	Nee	Ja	Minder 1 ^e poli en klinische opnames bij een gemiddelde langste toegangstijd

					polikliniek > 4 weken
1 ^e polibezoek: 260.881 Aantal klinische opnames: 41.034	F	1 ^e polibezoek: 219.134 Aantal klinische opnames: 33.989	Nee	Ja	Minder 1 ^e poli en klinische opnames bij kortere toegangstijden dan het landelijk gemiddelde.
1 ^e polibezoek: 301.212 Aantal klinische opnames: 44.508	G	1 ^e polibezoek: 248.362 Aantal klinische opnames: 41.642	Nee	Ja	Minder 1 ^e poli en klinische opnames bij een gemiddelde langste toegangstijd polikliniek > 4 weken
1 ^e polibezoek: 193.158 Aantal klinische opnames: 29.347	H	1 ^e polibezoek: 149.825 Aantal klinische opnames: 29.681	Nee	Ja	Minder 1 ^e poli en gelijkblijvend aantal klinische opnames bij een gemiddelde langste toegangstijd polikliniek > 4 weken
1 ^e polibezoek: 250.700 Aantal klinische Opnames: 40.329	I	1 ^e polibezoek: 201.029 Aantal klinische Opnames: 34.380	Nee	Ja	Minder 1 ^e poli en klinische opnames bij een gemiddelde langste toegangstijd polikliniek > 4 weken.
1 ^e polibezoek: 257.048 Aantal klinische opnames: 37.851	J	1 ^e polibezoek: 207.211 Aantal klinische opnames: 33.782	Nee	Nee	Minder 1 ^e poli en klinische opnames bij een gemiddelde langste toegangstijd polikliniek > 4 weken

Bijlage 5: Gemiddelde wachttijden tot behandeling in weken van alle Nederlandse ziekenhuizen in april 2019



Overzicht overgenomen van www.volksgezondheidszorg.info en geraadpleegd op 18-05-2019

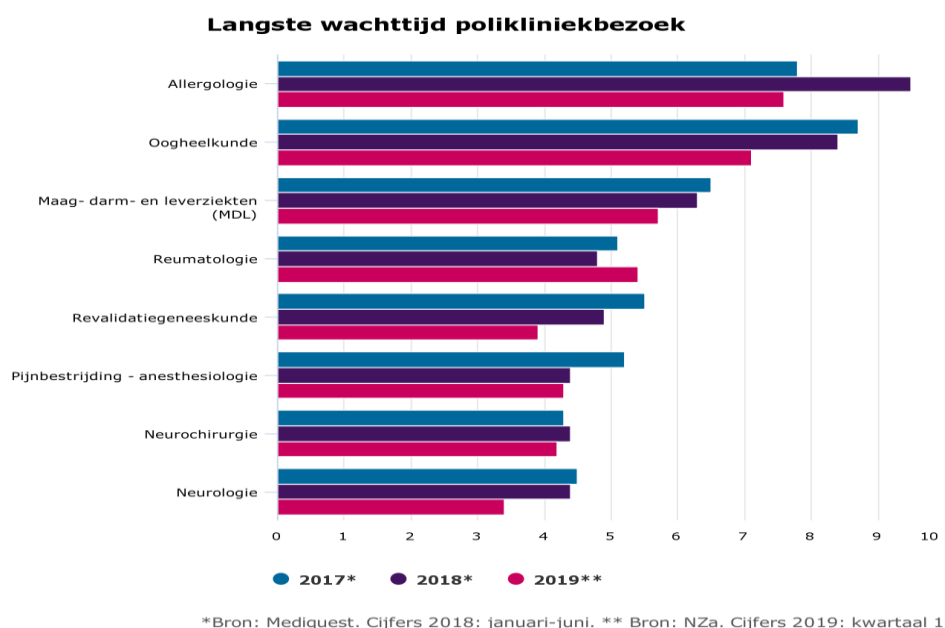
Gemiddelde wachttijd tot behandeling (in dagen) voor 5 specialismen uit bovenstaand overzicht met de langste wachttijden in Nederland. Actuele data van de 10 deelnemende ziekenhuizen uit het onderzoek:

Norm voor de wachttijd tot behandeling is < 49 dagen/7 weken (groen gemarkeerd)

Organisatie	Borstverkleining	Heupvervangning	Knievervangning	Neustussenschot	Buikwandcorrectie	Gemiddelde wachttijd binnen treeknorm?	Wachttijd korter dan landelijk gemiddelde?
A	80	75	95	40	80	nee	nee
B	70	142	142	60	70	nee	nee
C	84	21	21	60	70	nee	nee
D	16	65	56	28	50	nee	nee
E	30	53	58	40	50	nee	ja
F	43	60	60	49	35	nee	ja
G	50	21	50	35	10	nee	ja
H	50	32	68	77	80	nee	nee
I	63	63	77	68	238	nee	nee
J	56	59	56	25	84	nee	nee

Websites ziekenhuizen voor het overnemen van de actuele wachttijden behandeling zijn geraadpleegd op 19-05-2019 (de behandelingen borstverkleining, heupvervangning, knievervangning, neustussenschot en buikwandcorrectie werden geselecteerd in dit onderzoek omdat zij gemiddeld de langste wachttijd hebben)

Bijlage 6: Langste toegangstijden tot de polikliniek in weken van alle Nederlandse ziekenhuizen (2017 t/m 2019)



Gemiddelde wachttijd polikliniek (in dagen) voor 5 specialismen uit de top 8 van poliklinieken met de langste wachttijden in Nederland. Actuele data van de 10 deelnemende ziekenhuizen uit het onderzoek:

Norm voor de toegangstijd is < 28 dagen/4 weken (groen gemarkeerd)

Organisatie	Oog	MDL	Reuma	Pijn	Neurologie	Alle toegangstijden Binnen treeknorm?	Gemiddelde langste toegangstijden korter dan landelijk gemiddelde?
A	35	57	46	21	21	nee	ja
B	35	42	25	15	42	nee	ja
C	49	56	7	21	63	nee	ja
D	238	119	46	35	14	nee	nee
E	53	82	31	45	44	nee	ja
F	14	27	25	13	28	ja	ja
G	35	63	30	10	3	nee	ja
H	52	40	8	16	7	nee	ja
I	39	51	14	44	25	nee	ja
J	200	77	35	25	31	nee	nee

Websites ziekenhuizen voor het overnemen van de actuele wachttijden in dagen zijn geraadpleegd op 19-05-2019. (Allergologie, reumatologie en neurochirurgie zijn buiten beschouwing gelaten omdat dit niet door alle deelnemende ziekenhuizen wordt aangeboden en er daarom geen vergelijking mogelijk was).

Bijlage 7 Topic lijst Interview vragen

Functie correspondent

Datum interview

Volgnummer

Onderdeel combinatiepotentieel (vragen m.b.t. organisatiecultuur)

1. Hoe keek je voor de fusie aan tegen het ziekenhuis waarmee jullie zouden fuseren?
Doorvragen: wat houdt organisatiecultuur in volgens jou?
2. Kun je iets vertellen over de organisatiecultuur van je eigen organisatie van voor de fusie?
3. Hoe zou je de organisatiecultuur van de fusiepartner beschrijven?
4. Wat zijn volgens jou de belangrijkste overeenkomsten en verschillen?
Doorvragen: waaraan is de cultuur te herkennen: zijn er verschillen in werkwijzen, routines, manieren van communiceren? Waar bleek dit uit en hoe is hiermee omgegaan?
5. Hoe zou je de huidige organisatiecultuur van de gefuseerde organisatie omschrijven?

Onderdeel managen integratieproces

1. Op welke wijze ben je betrokken geweest bij het integratieproces na de fusie?
Doorvragen: wat waren mogelijkheden om input te leveren?
2. Kun je omschrijven hoe het management het integratieproces heeft begeleid?
3. *Doorvragen: hoe is de onderlinge nieuwe samenwerking precies gefaciliteerd?*
4. Was er een bepaalde manier waarop de informatievoorziening net na de fusie werd georganiseerd?
Doorvragen: hoe werd jij precies geïnformeerd en meegenomen in het integratieproces?
5. Hoe zou je de leiderschapsstijl omschrijven die het management vertoonde tijdens het integratieproces?
Doorvragen: wat betekende deze vorm van leiderschap voor jou?

Onderdeel veranderingsbereidheid

1. Kun je vertellen waarom de fusie heeft plaatsgevonden?
Doorvragen: was er een bepaalde urgentie? Vond jij de fusie een passende oplossing voor de situatie waar de organisatie zich in bevond?
2. Wat werd er precies van jou verwacht?
Doorvragen: had je het gevoel aan deze verwachtingen te kunnen voldoen?
3. Welke veranderingen werden er doorgevoerd en op welke manier heb je hieraan meegewerkt?
Doorvragen: waren dit veranderingen die je als positief hebt ervaren?
4. Op welke wijze heeft jouw leidinggevende steun geboden aan het team?
Doorvragen: had je vertrouwen in het slagen van de fusie?
5. Wat zijn de voordelen voor jou persoonlijk van de fusie?

